UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1963 N° 4

La Désaliénation Sociale du Malade Mental à travers l'Expérience de Lannemezan

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Janvier 1963

PAR

Jean-René BLAISOT

Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Membres du Jury

MM. PLANQUES .. .. .. *Président*

GERAUD .. .. } *Assesseurs*

MERLE .. .. }

RIBAUT .. .. }

GAYRAL .. .. }

LABOUCARIE .. .. .. *Suppléant*

IMPRIMERIE JULIA
2, rue Temponières
TOULOUSE

1963

Jean-René BLAISOT

LA DÉSALIÉNATION SOCIALE DU MALADE MENTAL A TRAVERS L'EXPÉRIENCE DE LANNEMEZAN.

Toulouse. — Imprimerie Julia, 1963, in-8° (184 pages).

Thèse de Médecine - Toulouse, n° 4

Jean-René BLAISOT

LA DÉSALIÉNATION SOCIALE DU MALADE MENTAL A TRAVERS L'EXPÉRIENCE DE LANNEMEZAN.

Toulouse. — Imprimerie Julia, 1963, in-8° (184 pages).

Thèse de Médecine - Toulouse, n° 4

Jean-René BLAISOT

LA DÉSALIÉNATION SOCIALE DU MALADE MENTAL A TRAVERS L'EXPÉRIENCE DE LANNEMEZAN.

Toulouse. — Imprimerie Julia, 1963, in-8° (184 pages).

Thèse de Médecine - Toulouse, n° 4

Jean-René BLAISOT

LA DÉSALIÉNATION SOCIALE DU MALADE MENTAL A TRAVERS L'EXPÉRIENCE DE LANNEMEZAN.

Toulouse. — Imprimerie Julia, 1963, in-8° (184 pages).

Thèse de Médecine - Toulouse, n° 4

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547605_0103

LA DESALIENATION SOCIALE DU MALADE MENTAL A TRAVERS L'EXPERIENCE DE LANNEMEZAN

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1963 N° 4

La Désaliénation Sociale du Malade Mental à travers l'Expérience de Lannemezan

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Janvier 1963

PAR

Jean-René BLAISOT

Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Membres du Jury

MM.	PLANQUES	*Président*
	GERAUD	*Assesseurs*
	MERLE	
	RIBAUT	
	GAYRAL	
	LABOUCARIE	*Suppléant*

IMPRIMERIE JULIA
2, rue Temponières
TOULOUSE

1963

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. LAZORTHES.
1er Assesseur	Blanc.
2e Assesseur	SOREL.
Doyens honoraires	GORSE, CALVET, LEFEBVRE.
	Brustier.
Professeurs honoraires	VALLOIS, CLERMONT, DUCUING, RIBAUT, NANTA, TAPIE, DELAS, RISER, SOULA.

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. MÉRIEL.
Clinique médicale	GADRAT.
Clinique chirurgicale et gynécologique	FABRE (P.).
Clinique chirurgicale et du cancer	GRIMOUD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX.
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne.	MOREL.
Clinique des maladies des voies urinaires	Lhez.
Clinique des maladies de 1ere enfance	BARDIER.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL.
Clinique de neurologie et psychiâtrie	GÉRAUD.
Clinique osbtétricale	GUILHEM.
Clinique odonto - stomatologique	CADENAT (H.).
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale	CALVET.
Clinique Rhumatologique	Ruffié (René).
Clinique traumatologique des membres.	RIEUNAU.
Accouchement et obstétricie sociale	PONTONNIER.
Anatomie	LAZORTHES.
Anatomie appliquée	POULHES.
Anatomie pathologique	FABRE (J.).
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU.
Chimie biologique	VALDIGUIÉ.
Electro-radiologie	MARQUÈS.
Embryologie	BROUSSY.
Histologie	BIMES.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DARNAUD.
Médecine légale et du travail.	PLANQUES.
Médecine sociale	BONTHOURE.
Parasitologie	BOUISSET.
Pathologie chirurgicale	Dambrin.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Physico-Chimie	AUVERGNAT.
Physiologie.	LAPORTE (Y.).
Physiologie appliquée et pharmacologie	BAISSET.
Physique biologique et médicale.	BUGNARD.
Propédeutique médicale	LAPORTE (J.).
Thérapeutique	DARDENNE.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	MM. COULOUMA.
Bactériologie	Mme ENJALBERT.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Biochimie médicale.	MM. DOUSTE-BLAZY.
Physique médicale.	BRU.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	M. Bastide.
Anastésiologie	Lareng.
Carcinologie	Estrade
Médecine Générale	MONNIER.
Oto-rino-laryngologie.	CLAUX.
Pathologie expérimentale	Gleizes.
Physiologie	MONTASTRUC.
Physique médicale	Commanay.
Histologie et embryologie	PLANEL.
Physiologie.	Bessou.
Anatomie pathologique	BOUISSOU.
Parasitologie	RUFFIÉ (J.).

AGRÉGÉS

Médecine générale	MM. MONNIER, Rascol, Ribaut DELAUDE, CALZEL.
Chirurgie générale	MM. ENJALBERT, FICAT, PASQUIÉ, Souquet, Sarrazin.
Médecine légale.	GRÈZES-RUEFF.
Dermatologie et syphiligraphie	Dupré.
Hydrologie	Denard.
Obstétrique	Espagno
Pneumo-Phtisiologie	DELAUDE.

AGREGES LIBRES

Anatomie.	MM. THOMAS.
Ophtalmologie	DÉODATI.
Pathologie chirurgicale.	DIEULAFÉ.

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique, toxicologie et hygiène industrielle	M. BOURBON.
Chimie pharmaceutique	BLANC.
Pharmacie chimique et pharmacodynamie.	CAUJOLLE.
Matière médicale	VINCENT.
Pharmacie galénique	STANISLAS.
Zoologie	M. ROUX.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	M. COUTURIER.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences naturelles.	Mme Caujolle

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Microbiologie.	MM. BREUILLAUD.
Sciences physiques	PITET.
Toxicologie	Broussy (G.)

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal	M. ROCHE.
Secrétaire	Berrut.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MA FEMME ET A MON FILS

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

Que ce modeste travail me permette de vous redire mon affection et mon amitié.

A Monsieur le Docteur PERRET

Médecin Directeur de l'Hôpital Psychiatrique Marchant à Toulouse

Chevalier de la Légion d'honneur

Chevalier dans l'Ordre de la Santé Publique

Vous nous avez accordé toute votre confiance au cours de notre Internat dans votre service.

Nous vous prions d'accepter l'expression de toute notre gratitude pour votre bienveillante compréhension et votre enseignement.

A Monsieur le Docteur UEBERSCHLAG

Médecin Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Lannemezan

Chevalier de la Légion d'honneur

Officier dans l'Ordre de la Santé Publique

Qui nous a accueilli dès notre 4e année, et nous a conquis à la psychiatrie par ses conceptions dynamiques de la maladie mentale, nous a confié cette thèse, nous a guidé et aidé dans notre travail.

Permettez-nous de vous exprimer ici toute notre admiration et notre reconnaissance, de souhaiter que cette thèse contribue à la promotion sociale du malade mental, votre vœu le plus cher.

AUX MEDECINS CHEFS DE SERVICE
DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE MARCHANT

Monsieur le Docteur BASTIE

Monsieur le Docteur ROELLENS

En les remerciant de leur bienveillance.

AUX MEDECINS CHEFS DE SERVICE
DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE LANNEMEZAN

Madame le Docteur MEDEVIELLE

Monsieur le Docteur DE VERBIZIER

Monsieur le Docteur GARDE

Monsieur le Docteur BORN-SEGUI

Qui m'ont permis d'entreprendre ce travail avec le concours de leurs malades et dont l'accueil a toujours été empreint de la plus grande cordialité.

A L.-M. RAYMONDIS

Attaché au Centre National de Recherche Scientifique

Qui nous a suivi dans notre travail et nous a éclairé de ses précieux conseils.
Qu'il nous soit permis de lui témoigner toute notre admiration pour ses qualités de cœur et d'esprit.

A Mademoiselle le Docteur SIMEON

A Monsieur le Docteur LAUFF

Avec toute notre sympathie et notre amitié.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

AU PERSONNEL

DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE MARCHANT

pour sa sympathique coopération

AUX PENSIONNAIRES ET AU PERSONNEL

DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE LANNEMEZAN

qui ont bien voulu contribuer à la réalisation
de cette thèse

AU MEDECIN GENERAL

DIRECTEUR DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE

MILITAIRE

A TOUS MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PLANQUES

Professeur de Médecine légale et de Médecine du Travail
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Avec notre profonde gratitude pour avoir bien voulu accepter de nous faire l'insigne honneur de présider cette thèse.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

En respectueux hommage.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GERAUD

Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique
Médecin des Hôpitaux
Membre de la Société Française de Neurologie
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MERLE

Directeur de l'Institut de Criminologie de Toulouse
Professeur de Droit Pénal à la Faculté de Droit de Toulouse

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIBAUT

Professeur Agrégé de Médecine Générale

MONSIEUR LE DOCTEUR GAYRAL

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Membre de la Société Française de Neurologie
Chargé de Cours à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR LABOUCARIE

Chargé de Cours à la Faculté

Nous leur exprimons toute notre reconnaissance pour le grand honneur qu'ils nous font en acceptant de juger notre travail.

INTRODUCTION

Nous avons été frappés, chaque fois que nous nous sommes rendus à l'Hôpital Psychiatrique de Lannemezan, par son cadre accueillant et sa population à l'aspect dynamique, constituée par les malades mentaux des Hautes-Pyrénées et d'une partie de la Haute-Garonne, recrutement basé sur un principe géographique comme celui de tous les hôpitaux psychiatriques.

Son entrée principale se distingue par l'absence de portes, mais un visiteur ne connaissant pas les lieux peut très bien y pénétrer par l'une des petites routes goudronnées qui, à partir des Nationales 125 *et* 129, *rejoignent le cœur de l'hôpital ; son regard est alors attiré par des panneaux : « Ami visiteur, vous êtes ici dans le domaine des malades mentaux du département des Hautes-Pyrénées. Nous vous demandons de ne pas être moins raisonnables qu'eux », ce qui lui fait comprendre qu'il entre dans un hôpital pour « fous ».*

Il peut, poussé par la curiosité, se diriger vers les bâtiments administratifs et généraux, flanqués des douze pavillons de traitement des malades, hommes et femmes; il ne peut qu'être surpris par l'aspect riant et immaculé de ces bâtiments, séparés les uns des autres par de coquets parterres de fleurs et des bouquets d'arbres souvent exotiques, mais reliés par des galeries couvertes, uniquement soutenues par des piliers.

S'il ose pousser les portes de ces pavillons, il se retrouvera dans un hall avec jeu de billard et fauteuils, d'où il aura accès à un réfectoire aux petites tables de diverses couleurs assorties à des chaises confortables. Il pourra également pénétrer dans un dortoir où les lits, entourés d'armoires-vestiaires, tables de nuit avec lampe individuelle, sont isolés les uns des autres par des meubles métalliques de couleur crème.

Un escalier mène au premier étage qui comprend également un dortoir avec tout le sanitaire désiré : lava-

bos individuels avec eau chaude, eau froide et douches, l'ensemble installé sur un fond de carreaux de couleur jaune pâle ou vert clair; un atelier où il trouvera une vingtaine de personnes occupées à coudre, repriser, tisser, relier, vanner ou fabriquant des brosses, des balais, des tapis, des jeux de dames, d'échecs et mille autres objets nécessaires à la vie d'une communauté qui voudrait se suffire à elle-même.

S'il préfère se détendre, il pourra se diriger vers le lac et les terrains de sport : basket-ball, volley-ball, football et rugby; de nombreux bancs s'offrent à lui pour lui permettre de contempler le glissement majestueux des cygnes, souvent troublé, l'été, par le passage des barques et pédalos. De nombreuses installations attireront son attention et, du boulodrome ou des volières, ses pas le conduiront au kiosque à musique et à la buvette; laissant de côté les jeux pour enfants tels que le petit train, les balançoires, le toboggan, la « Maison de Blanche-Neige et les Sept Nains », il atteindra le grand terrain de golf. Sans doute aura-t-il eu, durant cette promenade, le plaisir de rencontrer les paons et les daims, hôtes familiers du parc.

Dans ce cadre surprenant, il aura sûrement croisé, outre quelques blouses blanches du personnel médical, des gens en bleu de travail occupés à une activité quelconque : travaux de terrassement, construction d'un nouveau chantier, jardinage, et même des enfants en train de courir ou de sauter à la corde.

Le visiteur ne peut manquer de se poser la question : « Dans cette ruche, où sont les malades ? » Car, il n'aura pratiquement vu aucun alité, entendu aucun cri. Force lui sera, pour le savoir, de demander à l'une de ces personnes qu'il a rencontrées dans les ateliers ou parmi ces équipes travaillant à l'extérieur et il s'entendra répondre : « Mais c'est nous, là tout autour de vous, qui sommes les « malades ». Tout ébahi, il apprendra également que c'est grâce à l'activité de ses douze cents pensionnaires que l'H. P. L. est devenu ce qu'il est, un Etablissement où travaux et distractions n'entravent en rien la thérapeutique et concourent à normaliser la vie du malade mental.

Quiconque, même averti, a de quoi être étonné, alors qu'il s'attendait à voir « des fous », des aliénés, des insensés enfermés, défiant à la fois la raison et la dignité de la Société, de trouver des malades qui, en un mot, se comportent socialement.

Comment le malade mental, considéré comme un déchet de la Société, peut-il tenir une place dans une structure sociale organisée à l'échelle même de cette Société et s'y conduire comme tout être sain d'esprit, avoir d'abord une activité spécialisée, souvent des responsabilités, s'adonner à toutes sortes de loisirs s'adressant autant à l'esprit qu'au corps, nouer des relations interhumaines au point de vous parler librement et même de critiquer aussi bien le milieu dans lequel il vit que son état mental ?

Est-ce la persistance, le réveil des facultés intellectuelles, du sens social et moral du malade mental, ou la transformation du milieu qui ont permis une telle structuration sociale à l'H. P. L. ?

En effet, ce que nous pouvons voir aujourd'hui n'a rien de commun avec l'asile de fous, et même à l'H. P. L., il n'en a pas toujours été ainsi, comme nous le montrent les documents recueillis sur l'hôpital, Comptes Moraux, Administratifs et Médicaux, Comptes Rendus de la Commission de Surveillance, Modifications du Règlement Intérieur, Notes de Service, Procès-Verbaux du Conseil de Discipline, Journaux Muraux et « Minerve », Témoignages individuels et de groupes, Interviews du personnel, thèses et articles divers relatifs à l'H. P. L., documents sur lesquels nous nous sommes appuyés pour étudier la transformation de ce milieu hospitalier.

Nous essayerons donc, à partir d'un contexte essentiellement psychiatrique, de dégager les mobiles de cette transformation et d'envisager la possibilité de la généraliser dans le cadre actuel de la Société avec ses obligations et ses institutions, en particulier juridiques.

DOCUMENTS

RAPPORTS MORAUX, ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX (RMA)

Parmi les documents administratifs, les Rapports Moraux Administratifs et Médicaux de l'H. P. L. ont pu nous donner un aperçu historique de l'évolution de l'Hôpital depuis son ouverture en 1938, en ce qui concerne le mouvement de sa population, du personnel, les réalisations matérielles, les traitements ergothérapiques, chimiothérapiques et sociothérapiques, qui sont un reflet assez exact du milieu.

Ils ont été rédigés par les suspectifs Médecins Directeurs et Médecins Chefs de service. Nous en citerons les extraits suivants :

Ouverture de l'Etablissement : le 1er octobre 1938.

1938. — Docteur BAUDARD, Médecin Directeur
351 entrées avant le 1er décembre 1938,
dont 311 par transfert.
40 entrées directes.

Personnel médical :

1 Médecin Directeur,
1 Médecin Assistant,
1 Interne.

Critiques sur l'Etablissement :

— Les sonneries d'alarme ne sont pas installées.

— Les vitres sont dangereuses car étroites, elles entraînent des blessures. Proposition de les remplacer par verres incassables.

J'ai observé des plaies faites à travers la toile indéchirable d'une camisole de force.

Réalisations :

— Travaux de terrassement faits par des équipes de travailleurs.

— Notion du pécule des malades :
  — journalier : 0,50 à 2 fr. suivant l'évolution du travail de chaque malade par 1/4 de journée,
  — de sortie : 100 fr.

1939. — Docteur BAUDARD, *Médecin Directeur*

Personnel médical : 4 Internes.

Alimentation : Les malades travailleurs ont droit, comme le personnel au menu de 2e classe, ils travaillent plus volontiers et mieux.

Vol : A la Recette par 1 malade qui s'est évadé avec une malade.

Direction des Pavillons Femmes : Par des religieuses cheftaines.

Direction des Pavillons Hommes : Un seul chef de quartier diplômé. Recrutement impossible (guerre).

Les fermetures de sûreté ne permettent qu'une pauvre sécurité, tous les mécanismes d'arrêt sont susceptibles d'être annulés par n'importe quel malade adroit avec un clou, un tuyau de pipe... et la plupart des évasions se sont produites de cette façon.

Un serrurier est employé à peu près exclusivement à l'entretien de ce matériel et des commandes des appareils d'hydrothérapie.

Travail des malades : Boulangerie : 2 - Repassage : 3 - Menuiserie : 2 - Cordonnerie : 1 - Ouvroir : 15 - Serrurerie : 3.

1940. — Docteur BAUDARD, *Médecin Directeur*

Pavillons Hommes : Des manœuvres réformés ont gardé les malades sans savoir leur marquer la compassion attentive à laquelle avaient été élevés les agents des cadres. Dans les 3 pavillons Hommes les plus calmes, j'ai dû décider que le service serait fait par des femmes.

La discipline n'a pu être maintenue qu'au prix d'une sévérité accrue.

Travail : Coiffeur : 1 aide malade. - Maçonnerie : 2 malades.

1941. — Docteur BAUDARD, Médecin Directeur

Traitements psychiatriques très réduits par suite de la carence alimentaire.

Personnel titulaire très bien : zélé, dévoué, attentif.

1942. — Docteur STOERR

Projet : Proposition de création d'un service d'Assistance Sociale en faveur du Personnel, et d'ouverture d'une salle de traitement pour le personnel malade. Par ce moyen se fortifierait le lien reliant le personnel à l'Organisme Hospitalier.

Travail : Transfert des ateliers de la ferme, sous contrôle et surveillance à l'intérieur de l'enceinte de l'Hôpital.

Rapports médicaux : Certains états de dénutrition résistent à toute thérapeutique. Les malades nourris en partie par leur famille, sont ceux qui résistent le mieux ; certains malades sont à leur 6e transfusion.

Cette année, pour la première fois, s'est faite sentir la pénurie de produits thérapeutiques : opiacés, iodure de potassium, thé, iode, extraits hormonaux.

J'ai innové cette année le système des permissions consistant à renvoyer pour 8 jours chez lui, un malade afin de lui permettre de se fortifier.

Personnel : Le service a fonctionné harmonieusement, deux seules sanctions disciplinaires graves ont été prises pour brutalités envers un malade.

Ouverture d'une annexe pour enfants anormaux imperfectibles.

1943. — Docteur MANS, Médecin Directeur

Pécule journalier : 6 fr. par malade.

Les Ateliers d'entretien ont été installés dans de nouveaux locaux moins exigus.

Corvées d'eau (sécheresse).

Rapports Médicaux. — Docteur STOERR : J'insiste sur les dégâts matériels produits par la réunion dans un bâtiment de 50 enfants incapables d'observer la moindre discipline et dont l'activité ne consiste qu'en détérioration.

Les attributions de linge, toile, vêtements... sont pratiquement insignifiantes.

1944. — Docteur BOREL, Médecin Directeur

Rapports Médicaux. — Docteur STOERR : C'est l'accroissement incessant de malades médico-légaux qui nécessite une attention particulière : pervers, débiles, délinquants, criminels, éléments des compagnies disciplinaires, instables violents, ces malades sont un danger permanent pour les autres dans un milieu qui ne leur est pas approprié.

Fomenteurs de complots d'évasion, leur unique idée est de s'évader, les mesures de sûreté sont insuffisantes.

Les traitements psychiatriques ont pu être pratiqués à grande échelle grâce à l'appareil d'électrochoc, des résultats encourageants sont relevés surtout dans les dépressions et les états d'agitation.

1945. — Docteur GILLES, Médecin Directeur

Arrivée du Docteur UEBERSCHLAG.

Travail des malades : Boulangerie : 4 - Cordonnerie : 2 - Menuiserie : 3 - Maçonnerie : 3 - Garage : 1 - Coiffeur : 2 - Peinture : 2.

Forte épidémie de gale : 10 litres d'eau chaude par malade et par quinzaine. Conditions d'hygiène corporelle encore déplorables.

1946. — Docteur GILLES, Médecin Directeur

Projet de création d'un service ouvert et d'un service d'assistance sociale, pour aider à la réadaptation familiale et sociale du malade à sa sortie.

Des *consultations* s'adressent particulièrement à l'enfance déficiente, mais capables de s'étendre à d'autres cas, ont lieu régulièrement à Tarbes, Lourdes, Bagnères et Lannemezan.

1947. — Docteur GILLES, Médecin Directeur

Rapports Médicaux. — Docteur UEBERSCHLAG : Le personnel secondaire donne par sa tenue et sa qualité toute satisfaction. Quelques cas exceptionnels n'ont pas manqué d'être sanctionnés par la Commission de Disci-

pline : le 7 février 1947, un infirmier chef de pavillon fut rétrogradé à temps et blâmé, et un infirmier fut blâmé pour négligence dans le service. Le 28 août 1947, un infirmier fut mis en disponibilité sans solde pendant 6 mois pour avoir frappé un malade, une plainte à son sujet fut déposée auprès de Monsieur le Procureur de la République de Bagnères-de-Bigorre.

Rapports médicaux : En ce qui concerne le *couchage* et la *lingerie*, des attributions substantielles dues au « programme dirigé », nous ont mis en mesure de remplacer les effets détruits. Le vêtement est toujours très insuffisant et sa pauvreté donne encore à nos malades cet aspect extérieur déplorable dont leurs familles se plaignent parfois.

La supériorité du nombre d'entrées Femmes sur le nombre d'entrées Hommes est conforme à la règle, maintenant classique. Nous constatons à nouveau que l'aliéné Homme est plus volontiers criminel que l'aliéné féminin.

Travail : Le rendement des ateliers a été notablement amélioré, à quoi de nombreux malades ont contribué.

Construction de 2 maisonnettes abris destinées aux malades travaillant dans les jardins.

1948. — Docteur UEBERSCHLAG, Médecin Directeur

Personnel : Pharmacien Gérant.

Le nombre des agents ayant été l'objet de félicitations surpasse de loin celui des agents qui ont mérité d'être blâmés. La Commission de Discipline ne s'est réunie qu'une seule fois le 11 décembre 1948.

De plus en plus, le personnel s'intéresse aux malades et aux moyens mis en œuvre pour les guérir. Il acquiert le sens de l'ergothérapie et sait éviter ses abus.

Il ne saurait plus être question de sous-alimentation chez nos malades.

Pécule journalier : 3 à 12 fr. par malade.

Réalisations : Un atelier de tricotage a été mis en service au pavillon II Hommes : tricots, chandails, caleçons, socquettes...

La réfection des peintures intérieures des pavillons a été clôturée durant l'année.

Rapports médicaux : L'outillage de nos ateliers est sommaire et désuet.

Utilisation du Sakel.

L'ergothérapie rend à l'aliéné, « par l'extérieur », un comportement semblable à celui de tous. Nous avons été surpris de la revalorisation humaine de certains vieux délirants dont la cocasserie amusait d'indiscrets visiteurs, ou de certains épileptiques maléficients, ou d' « enlisés » oubliés de tous et d'eux-mêmes et qui, grâce au travail, ont retrouvé tout un ensemble d'habitudes sociales et de judicieux usages de leur liberté regagnée.

1949. — Docteur UEBERSCHLAG, Médecin Directeur

Rapports médicaux : Depuis le mois de Mai, dépistage et traitement des tuberculeux par un médecin phtisiologue.

Interventions neurochirurgicales confiées au Docteur POUYANNE et au Docteur LAZORTHES.

Diminution de la prévention contre l'Asile : « Je ne vais pas à Lannemezan pour me faire interner, mais pour me faire soigner », phrase dite par un malade à ses voisins.

L'ergothérapie : Sur les 433 malades de notre service dont beaucoup sont des « sédimentés » ou des difficiles, 198 sont des travailleurs réguliers soit 46 %.

Construction d'une route de 1 km.

Distractions : T.S.F., cinéma, bibliothèque, jeux de cartes, échecs, boules, lac...

Une excursion en autocars des Cols Pyrénéens obtint un succès indescriptible.

1950. — Docteur UEBERSCHLAG, Médecin Directeur

Pécule journalier : 6 à 24 fr. par malade.

Distractions : 2 excursions : Gavarnie et Pays Basque. - Bal des malades : 14 Juillet. - Kermesse : 11 septembre. - 2 séances théâtrales : 18 novembre et 3 décembre.

Narcoanalyse.

Fondation de l'Amicale des pensionnaires. Société déclarée suivant la loi de 1901.

Publication de « Minerve », journal mensuel de

l'H.P.L. En Novembre 1962, « Minerve » vient de publier en sa 12e année, son 137e numéro.

Arrivée d'une Assistante Sociale.

Rapport Médicaux : A propos de l'arsenal thérapeutique : « A côté des malades relevant du traitement médical ou chirurgical, il convient de ne pas oublier ceux d'entre eux qui sont en réalité des « infirmes mentaux » et qui sont surtout justiciables de l'ergothérapie qui s'est très rapidement changée en sociothérapie ».

1951. — Docteur UEBERSCHLAG, Médecin Directeur

Pavillons : Chauffe eau individuels suivant les besoins.

Ateliers :

Hommes :

Pavillon II : Tricotage aux machines, sandales, rempaillage, reliure élémentaire.
Pavillon III : Bimbeloterie.
Pavillon IV : Imprimerie, reliure.
Pavillon V : Cordonnerie.
Pavillon VI : Matelasserie.
Equipe de Peintres-Vitriers et Plâtriers.

Femmes :

Pavillon II : Textile.
Pavillon III : Broderie.
PavillonIV : Tissage.
Pavillon VI : Tricotage main.

A l'extérieur :

— terrassement,
— défrichement et plantation,
— maçons et charpentiers,
— employés à la sablière,
— employés à la voirie.

Rapports médicaux : De nombreux encouragements nous ont été donnés par les malades eux-mêmes qui en arrivent à ressentir la privation de travail comme une sanction pénible, ou qui vous disent qu'ils ne se sentiraient plus capables de supporter l'internement si on les empêchait de s'occuper. Nous attribuons la disparition dans nos services des réactions antisociales comme l'agitation motrice et verbale, la clasticité et le gâ-

tisme, à l'heureux effet de la thérapeutique occupationnelle.

— 66 % des malades Hommes s'occupent régulièrement.

— 60 % des malades Femmes s'occupent régulièrement.

Organisation de concours littéraires, de concours de belote et d'échecs, d'une section théâtrale, de fêtes et excursions (6).

Organisation de bals mixtes : les malades des chantiers extérieurs qui auparavant s'ingéniaient à rôder autour des pavillons de Femmes, depuis qu'ils les rencontrent librement au bal du dimanche, ont à peu près complètement abandonné cette pratique.

Aucune évasion, résultat d'autant plus remarquable que chaque jour tous nos malades travailleurs font une promenade après les heures de travail et que 134 malades sortent chaque dimanche et la plupart d'entre eux librement.

Consultation du Docteur POUYANNE, Neurochirurgien, tous les 3 mois à l'H.P.L., et tous les mois à St-Gaudens.

Consultation d'hygiène mentale avec surveillance d'anciens malades.

Placement de 13 malades.

1952. — Docteur UEBERSCHLAG, Médecin Directeur

Personnel médical :

— Infirmiers : 63,
— Infirmières : 53.

Réalisations : Installation de vestiaires, lavabos au pavillon V Hommes.

Création d'une cantine, d'un atelier de céramique, d'une fabrique de pâtes alimentaires et de biscuiterie.

Subdivision des réfectoires.

Rapports médicaux : Nous avons essayé de rendre au malade mental, sa responsabilité : tout acte asocial appelant une sanction allant de la simple privation de sortie dominicale à l'isolement. Les actes asociaux ont disparu dans des proportions inespérées.

1953. — Docteur UEBERSCHLAG, Médecin Directeur

Arrivée d'un troisième Médecin Chef et réunions hebdomadaires.

Consultation hebdomadaire d'ophtalmologie à l'hôpital.

Installation d'un service de radiographie.

Réalisations : Attribution de pyjamas, robes de nuit, vêtements hors uniforme.

Salle des fêtes terminée, bains douches, nouveaux ateliers, hangar club, gloriette du Lac, buvette, stands près du Lac, parc pour animaux, routes.

Achat de couverts, bols, assiettes, armoires chauffantes, tables de chevet et vestiaires.

Pécule journalier : 12 à 48 fr. par malade.

1954. — Docteur UEBERSCHLAG, Médecin Directeur

Le Conseil de Discipline s'est réuni à 2 reprises en vue de sanctionner 2 agents des services médicaux qui s'étaient rendus coupables de négligence dans l'exercice de leurs fonctions.

Réalisations : Attribution de costumes « coupe ville » pour les pensionnaires ayant la permission du dimanche.

Achat de tables, chaises, fauteuils à armature tube chromé, dossiers et sièges matière plastique. Peuplement du parc animaux.

Premières *cures de sommeil.*

1955. — Docteur UEBERSCHLAG, Médecin Directeur

Rapports Médicaux : Depuis la suppression de l'habit « type uniforme », et l'attribution de bleus de travaux aux travailleurs, nous avons eu la très agréable surprise de constater que nos pensionnaires « s'habillaient » avec plus de goût et qu'ils prenaient davantage soin de leur vestiaire. Il en est résulté ainsi moins d'usure de ces articles d'habillement, objets qui sont demandés par la majorité sur la liste des cadeaux de Noël, qui restaient la propriété personnelle et définitive du bénéficiaire lorsqu'il quittait l'établissement.

Une trentaine de pensionnaires sont plus particulièrement attachés à l'exploitation agricole. Ils sont logés

dans un pavillon confortable avec installation sanitaire appropriée et dans lequel est aménagée une salle de jeux, agrémentée de meubles rustiques, d'un bar, d'un poste de T.S.F.

Réalisations :

Installation d'une serre.

Réunion hebdomadaire des médecins.

Réunion hebdomadaire du personnel infirmier.

Réunion hebdomadaire des moniteurs.

Participation du personnel médical aux réunions collectives des malades et aux séances d'accueil des rentrants.

1956. — Docteur UEBERSCHLAG, Médecin Directeur

La Commission de Discipline s'est réunie à 2 reprises dans le courant de l'année ; pour insuffisance professionnelle grave et habituelle, un agent a comparu et a été rétrogradé ; un autre agent des services généraux a été licencié pour manquements graves et incompréhension évidente de son rôle d'agent technique, certes, mais aussi hospitalier, du fait que dans un Hôpital Psychiatrique moderne tout agent est en contact avec des malades ou des infirmes mentaux, et est appelé à collaborer à leur guérison ou réadaptation.

Réalisations : Achèvement du salon de Coiffure « Dames ». Fronton.

Personnel médical :

— Infirmiers : 112.

— Infirmières : 93.

— 1 chirurgien consulte et opère à l'hôpital.

Pécule journalier : 15 à 60 fr. par malade.

1957. — Docteur UEBERSCHLAG, Médecin Directeur

Rapports médicaux : Nous avons continué par l'achat de tissus et de draps fantaisie, de complets ville, de manteaux, de pardessus, d'imperméables, de bas nylon, de linge de corps féminin fin, à réhabiliter nos pensionnaires à leurs propres yeux et à ceux du public.

Réalisations : Achat de balançoires, manège, portiques, armoires vestiaires, tables de réfectoires, tables de chevet, vestiaires.

Les pensionnaires ne sont plus obligatoirement as-

treints à l'exécution de travaux dits « serviles » puisque des femmes de ménage les y ont relayés, dégageant par la même occasion le personnel soignant d'un souci absorbant.

Mise en place de Commissions paritaires pour toutes les questions d'avancement et de discipline.

1958. — Docteur UEBERSCHLAG, Médecin Directeur

Création d'une Commission des Menus tenant compte des critiques des pensionnaires.

Réalisations : achat de nombreux instruments de musique.

18 ateliers fermés.
11 ateliers « ouverts ».
1 nouvelle imprimerie.
1 école ménagère.
1 nouvel atelier de tissage et de mode féminine.

Personnel auxiliaire :

41 moniteurs.
21 monitrices.
2 Assistantes sociales : Préoccupation essentielle : le reclassement.

Pécule journalier : 100 fr. par malade.

1959. — Docteur UEBERSCHLAG, Médecin Directeur

Réalisations : Eclairage extérieur, Boulodrome, Petit train. - Electrification des caves de limonaderie. - Kinésithérapie. - Pose de glaces. - Achats d'instruments de musique, de couverts.

Il a été lavé et repassé durant l'année 1959 : 269.868 kgs de linge.

Création de nouveaux ateliers fabriquant :

— tapis de raphia,
— registres et cahiers.

Rapports médicaux :

Dr DE VERBIZIER : « L'évolution de la sociabilité des malades se traduit par l'abandon progressif de toute

contrainte institutionnelle. Il a été ainsi procédé au cours de l'année 1959, à l'ouverture des pavillons, à la pose de loquets aux portes, à l'isolement des installations des sanitaires, à l'aménagement des anciennes cellules, au début de comblement des « sauts de loup », et à l'abandon progressif de toute ségrégation, notamment des vieillards à l'intérieur du service. »

Arrivée d'une 3e Assistante sociale.

Reclassement agricole avec « Capacité professionnelle réduite ».

1960. — Docteur Ueberschlag, Médecin Directeur

Actuellement, les Médecins Chefs sont au nombre de 5.

Consultations d'électroencéphalographie et affectation à ce service d'une infirmière spécialisée.

Personnel soignant :

129 infirmiers,
107 infirmières.

40 femmes de ménage sont actuellement employées à l'H.P.L.

Réalisations : Cloisons de bois pour réalisation de boxes dans les dortoirs des pensionnaires.

Rapports médicaux :

Dr de Verbizier : L'aménagement des vestiaires, le boxage des pavillons, l'amélioration de l'éclairage, de l'aération, de la lutte contre le bruit, de la décoration, du mobilier, de la présentation des repas à table, de la vaisselle, la transformation des « cours » en jardins, sont autant de progrès en train de se réaliser.

Des activités mixtes sont de plus en plus fréquentes et se développent sans incident, les malades âgés sont admis dans tous les pavillons.

Institution de 2 séances par semaine de psychothérapie de groupe.

Nous avons adjoint à la lingerie une corsetière.

1961. — Docteur Ueberschlag, Médecin Directeur

Réalisations :

— Equipe de nettoyage de vitres.
— Aménagement d'un terrain de golf.
— Aménagement du pavillon de psychothérapie appliquée au Judo.

Rapports médicaux :

Dr de Verbizier : L'ouverture des portes de tous les pavillons n'a comporté, depuis 2 ans, que des avantages ; aucun suicide, aucune fugue, n'ont été déplorés au cours de l'année 1961.

L'Assistante Sociale : Nous avons pu commencer quelques essais de placement « au pair » chez des commerçants locaux, pour de jeunes adolescentes susceptibles d'occuper l'emploi de vendeuse.

1962. — Docteur Ueberschlag, Médecin Directeur

Réalisations :

— Recrutement d'une Esthéticienne,
— Recrutement d'une Pédicure,
— Recrutement d'un Professeur de Judo,
— Recrutement d'un Professeur de Danse,
— Construction d'un nouveau Salon de Coiffure pour Messieurs,
— Construction d'un grand golf,
— Mise en chantier d'un pavillon d'enfants.

Vœux : La Commission de Surveillance souhaite que l'Administrateur Provisoire des Biens des malades mentaux de l'Hôpital devienne également un Conseiller juridique pour toutes les questions juridiques (non pas simplement pour les biens), et de tous les hospitalisés, y compris ceux en Service libre.

TABLEAU DU MOUVEMENT DE LA POPULATION A L'H.P.L.

Années	Entrées Rentrées	Entrées par transfert	Sorties directes	Sorties d'essai	Sorties par transfert	Evasions	Décès
1938	40	311	5				2
1939	232	508	97		8		34
1940	273	58	207		6	12	114
1941	178	5	157		5	8	309
1942	129	24	63		8	1	120
1943	197	472	104		184	4	137
1944	223	150	173		1	14	194
1945	205	3	167		31	7	87
1946	288	12	186		74	0	53
1947	321	15	211		13	3	54
1948	350	5	255		16	4	35
1949	396	185	268		285	3	42
1950	265	46	207		39	4	29
1951	332	5	249		53	0	31
1952	364	9	275		12	1	30
1953	394	3	339		10	2	35
1954	337	4	255		12	2	24
1955	417	4	358	188	10	1	38
1956	412	9	356	157	33	1	35
1957	499	9	402	202	17	3	37
1958	486	8	246	241	12	5	47
1959	479	9	265	328	10	5	40
1960	520	75	248	395	9	2	27

EXTRAITS DU LIVRE DES DELIBERATIONS DU CONSEIL DE DISCIPLINE

Composition du Conseil de Discipline :
— M. le Sous-Préfet de Bagnères-de-Bigorre,
— 2 membres de la Commission de Surveillance,
— 2 représentants de la 1re catégorie du personnel secondaire,
— Le Médecin Directeur, rapporteur,
— 1 Médecin Chef de service,
— L'Econome.

2 février 1946

Monsieur S..., cuisinier est accusé d'avoir mis dans la soupe des pieds de bœuf non dégarnis de leurs sabots, ce qui rendait cette soupe nauséabonde. S'agit-il d'une erreur ou d'un acte de sabotage ?

Admettant le bénéfice du doute au sujet de l'acte de sabotage, le Conseil de Discipline retient la faute professionnelle et conclut aux sanctions suivantes :

— mise en disponibilité avec demie solde pendant 6 mois,
— mise en disponibilité sans solde pendant 2 mois.

4 juin 1946

Madame T..., infirmière adjointe, ayant reçu le 13 mai 1946 un blâme avec inscription au dossier pour négligence dans son service de veille, fut surprise le lendemain à dormir au cours du même service, et jugea bon d'arracher une feuille du cahier de rapport constatant sa faute.

Par la suite, attitude et propos déplacés portant de façon inadmissible atteinte à l'autorité du Médecin Directeur.

Confirmation de son extériorisation.
Disponibilité sans solde : 1 mois.

2 septembre 1946

Monsieur C..., ex-boulanger, est accusé de vol d'un sac de pommes de terres.

Le Conseil de Discipline charge Monsieur le Médecin Directeur de saisir d'une plainte pour vol contre C... M. le Procureur de la République, et réserve sa décision sur le plan disciplinaire.

7 février 1947

Monsieur F... est inculpé de négligences graves dans son service à l'occasion du suicide d'un malade. Sanction : rétrogradation du titre de chef de quartier de 6e classe à celui d'infirmier adjoint de 1re classe pendant 3 mois.

Monsieur R..., infirmier adjoint : même motif. Sanction : blâme avec inscription au dossier.

15 avril 1947

Non lieu pour C... entendu le 2 septembre 1946. Entendu que C... a manqué gravement à la discipline de l'établissement :

— en permettant que s'effectue par un malade placé sous sa surveillance, le vol d'un sac de pommes de terre ;

— en permettant le dépôt dudit sac dans son appartement du fait qu'il en avait remis les clés au dit malade ;

— et par la suite en lui prêtant sa bicyclette et en l'encourageant à aller se rafraîchir à une cantine située aux environs ;

— qu'il a fait preuve d'une méconnaissance totale de son rôle de surveillant et de responsabilité à l'égard du malade qui lui était confié.

Sanction : blâme sévère avec inscription au dossier.

20 août 1947

Monsieur S..., infirmier, est inculpé de violence, coups et blessures volontaires sur la personne d'un malade.

Le Médecin Directeur fait ressortir l'extrême gravité de la faute professionnelle commise, le caractère inoffensif de la victime et le sérieux de la blessure confirmé par l'examen d'un spécialiste (fractures multiples des

os du nez) et demande la révocation. L'inculpé argue que le malade l'avait saisi par le bras et pincé, et qu'il n'avait fait que le gifler d'un revers de main. Le malade dit avoir été saisi, maintenu et frappé ce qui, d'après la nature des lésions, est l'avis du Docteur UEBERSCHLAG.

Le Conseil de Discipline propose une mise en disponibilité provisoire de 6 mois. Le rapporteur et le Médecin Chef protestent contre le caractère dérisoire de cette sanction eu égard à la gravité de la faute et aux conséquences qu'une telle indulgence peut avoir pour la sécurité des malades, et du bon renom tant de la profession que de l'établissement.

Le Médecin Chef quitte la séance en signe de protestation. Le Conseil de Discipline, tout en reconnaissant la gravité de la faute et en la réprouvant, estime que S... ayant été prisonnier de guerre pendant 5 ans, a perdu, du fait des souffrances endurées durant sa captivité, l'entière responsabilité professionnelle de ses actes, qu'il peut de ce fait manquer de contrôle dans ses réflexes et que les violences auxquelles il s'est livré doivent être sanctionnées avec indulgence ,et tient compte également du fait que S... n'a jamais été l'objet d'aucune sanction jusqu'à ce jour.

Le Conseil de Discipline reproche à S... ses actes de brutalité et lui explique les raisons de sa mansuétude.

Sanction : mise en disponibilité sans solde de 6 mois.

11 décembre 1948

U..., surveillant chef accusé d'avoir :

— à plusieurs reprises caché, déformé ou nié la vérité à son chef dans les affaires concernant le service ;

— insulté et menacé le Médecin Directeur dans son propre bureau ;

— fait usage de clé passe-partout afin de pénétrer dans des services autres que le service médical, sans autorisation ;

— fait preuve de parti pris dans l'exercice de ses fonctions ;

— manqué à l'égard de ses inférieurs.

A la proposition de révocation, Le Conseil de discipline ayant pensé au vote secret oppose une fin de non recevoir.

Sanction : rétrogradation au grade d'infirmier diplômé avec effet pour le classement dans ce grade de la totalité de son ancienneté.

8 décembre 1951

Monsieur B..., préposé téléphoniste, remplissant le rôle de concierge, accusé d'aider le malade F... à exercer un commerce illicite et antiréglementaire, découvert à la suite de l'acquisition d'un vélomoteur.

Le malade ne nia pas faire le commerce habituel du tabac de Régie et même du tabac de cantine, ce qui tombe sous le coup d'une loi des Finances, et motiva, de ma part, une déclaration aux Contributions indirectes.

D'autre part, le malade reconnut qu'il faisait aussi le commerce du vin qu'il revendait soit à des agents du personnel, soit à d'autres malades. En revanche, il prétendit que le vélomoteur, indispensable à son commerce, lui avait été prêté par M. B...

J'ajouterai que B... s'est, à diverses reprises, attiré des avertissements du Directeur pour incorrections dans le service :

— propos injurieux à des agents du personnel passant devant sa loge et même à des visiteurs, à des enfants du personnel les appelant fils de mouchards...

— a menacé, il y a 6 mois, de la fenêtre de son logement du service, un agent du personnel avec un revolver dont s'est saisi la Gendarmerie de Lannemezan.

Demande l'exclusion immédiate de B...

Sanction de B... qui reconnait les faits lors d'un interrogatoire par M. le Sous-Préfet :

— mis en disponibilité d'office sans solde pendant 3 mois.

8 décembre 1951

Monsieur M..., infirmier, est accusé de vol de vin au préjudice des malades à la suite des circonstances suivantes :

— surpris ainsi que 2 malades alcooliques notoires devant un pichet et un quart métalliques vides qui avaient contenu du vin, ils alléguèrent que c'était un malade qui avait déposé le quart vide ;

— un infirmier sous les ordres de M... demande à changer d'équipe, car M... se rendait coupable d'irrégu-

larités et qu'en outre, il l'avait surpris à verser le vin du pichet du pavillon dans une bouteille personnelle.

M... interrogé dit : « c'est la fois où j'avais cassé la bouteille dans laquelle je m'étais amené du vin ». Les bouteilles autres que celle d'eau de Javel n'existant pas dans le pavillon, Monsieur le Directeur conclut que c'est à plusieurs reprises que M... a dérobé du vin appartenant aux malades et demande l'exclusion immédiate de M...

Monsieur le Sous-Préfet, Président, a procédé à l'interrogatoire de M.. qui a reconnu les faits.

Sanction : mise en disponibilité sans solde d'office d'une durée d'un mois avec maintien des prestations familiales à l'exclusion de tous autres avantages familiaux.

N.B. : C'est la première fois qu'un accusé déclare ne pas être assisté d'un avocat, et il en sera de même par la suite.

5 avril 1954

I..., infirmier, est accusé d'avoir frappé un jeune malade à coups de martinet à lanières de cuir.

I... reconnait les faits en ajoutant toutefois que ces pratiques, sans être tolérées officiellement, l'étaient de fait dans son pavillon et cela depuis plusieurs années.

Le Conseil de Discipline propose de donner un avertissement à tous les supérieurs hiérarchiques et collègues de I... qui se sont rendus complices de ces agissements, soit en les tolérant, soit en les tenant secrets :

— d'infliger à I... une extériorisation de 1 mois et la confirmation de sa suspension depuis 15 jours avec émoluments réduits de moitié.

10 décembre 1955

Monsieur J..., boulanger, est inculpé de coups ayant entrainé la mort d'un pensionnaire G... Il est assisté d'un Avocat au barreau de Tarbes.

Rapport remis par J... : « le malade G... arrangeait le pain dans les casiers, comme ces casiers sont un peu hauts, il avait pris la caisse pour se hisser dessus, la caisse s'est sûrement dérobée sous ses pieds, il est tombé lourdement, la tête sur le carrelage ; l'heure à laquelle l'accident s'est produit devait être 12 h. 30; au moment

où il est tombé, j'étais à l'enfournement du pain. Je l'ai relevé, je lui ai fait des frictions d'eau fraîche sur la tête, à ce moment là, il se plaignait que la tête lui faisait mal; voyant qu'il souffrait, j'ai appelé un infirmier qui l'a emmené au pavillon ». Rapport signé par l'aide-cuisinier auxiliaire F...

Le lendemain, le Médecin Directeur au courant des bruits circulant parmi les pensionnaires selon lesquels G... aurait été victime de violences exercées par J..., convoqua le pensionnaire D... à l'origine de ces bruits. D... qui travaille à la boulangerie confirma qu'une lutte s'était engagée vers 10 h. 30 entre J... et G..., que G... était resté évanoui sur le sol, que J... avait essayé de le ranimer et que G... fut transporté dans son pavillon seulement vers 13 h. L'aide-cuisinier F... convoqué revint sur les déclarations qu'il avait signées la veille et confirma celles de D...

En attendant la comparution de J... mis en liberté provisoire 3 jours après son arrestation, devant le Juge d'Instruction, le Conseil de Discipline maintient sa suspension avec conservation de son traitement et avantages en nature pour sa famille (3 enfants).

28 juillet 1956

Monsieur J... qui a comparu devant la Cour d'Assise des Hautes-Pyrénées le 7 juin 1956 a été acquitté.

Le Conseil de Discipline retient la faute de dissimulation de fait grave et ayant entraîné des conséquences fatales, reconnait qu'au point de vue professionnel strict J... est un ouvrier consciencieux, travailleur et compétent, décide l'exclusion définitive de J... dont la présence est incompatible avec le bien être moral et matériel des malades et demande à l'Administration de faire tout son possible pour que J... soit réintégré dans une administration non hospitalière.

EXTRAITS DU REGLEMENT INTERIEUR DE L'ETABLISSEMENT

Médecin Chef de Service :

ART. 73. — Il règle dans son service, le mode de placement, de surveillance et de traitement des malades.

Il distingue seul les aliénés pour les travaux et les exercices auxquels ils peuvent être occupés. Il veille à l'accomplissement de toutes les obligations imposées aux internes en médecine et au personnel médical.

Il s'assure que les infirmiers, employés et gens de service ont pour les malades les égards nécessaires.

Il veille à la bonne tenue des salles et des quartiers.

ART. 78. — Le Médecin Chef de Service règle la thérapeutique et a seul qualité pour prescrire les bains et douches de traitement. Il a également seule qualité pour prescrire à titre exceptionnel, le placement en chambre d'isolement et l'emploi des moyens de contrainte ; mention de ces dernières mesures sera portée sur un cahier spécial et sur le rapport quotidien du Surveillant ou de la Surveillante de section.

Personnel secondaire et subalterne du service médical :

ART. 123. — Il est expressément interdit au Surveillant et à la Surveillante de section, ainsi qu'à tout le personnel des services médicaux ou généraux d'infliger au malade quelque punition que ce soit et de changer quoi que ce soit aux conditions du régime qui leur est attribué par le règlement, ou qui leur est prescrit par les médecins.

ART. 124. — Tout agent coupable d'une faute grave et notamment d'ivresse pendant le service ou de complicité d'évasion doit être immédiatement suspendu par le Directeur, sur rapport et avis conforme du Médecin Chef de Service intéressé, en attendant, s'il y a lieu,

sa comparution devant le Conseil de Discipline visé à l'article 202.

Il en est de même de tout agent hospitalier et de tout agent des services généraux accusé d'attentat à la pudeur, de mauvais traitements, sévices ou voies de fait volontaires, sur la personne d'un aliéné, sans préjudice des poursuites judiciaires.

Travail :

ART. 169. — Le travail est institué dans l'établissement comme moyen de traitement et de distraction pour les malades. Suit une énumération des travaux.

ART. 170. — Il est interdit d'occuper habituellement les aliénés à des travaux qui consistent exclusivement dans l'emploi de la force musculaire, tels que mise en mouvement de pompes, roues, manèges.

ART. 172. — Le produit du travail appartient à l'établissement. Un encouragement en nature, déterminé à l'article 183 et une rémunération minima de 0,50 fr. sont attribués pour chaque journée de travail, aux aliénés entretenus au compte des collectivités.

ART. 180. — Tout aliéné travailleur sortant reçoit intégralement le montant de son pécule.

Occupations intellectuelles et distractions :

ART. 184. — Les jeux d'argent sont interdits aux malades.

Dispositions générales :

ART. 198. — Tout commerce extérieur pratiqué avec les malades par les employés de l'établissement et notamment par le concierge est rigoureusement interdit.

MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR CONCERNANT LE TRAVAIL

Aménagement du texte de l'arrêté et circulaire, en date du 4 février 1958, de Monsieur le Ministre de la Santé Publique et de la Population relatif à l'organisation du travail thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques.

Sur proposition du Médecin Directeur, refonte des dispositions sur le travail, de ce règlement, agréée par le Ministre le 9 décembre 1959.

Pour l'Hôpital de Lannemezan.

ART. 174. — Il est constitué une Amicale des malades de l'hôpital fonctionnant sous le régime de la loi du 1er juillet 1901, dont les fonds sont destinés à financer les dépenses faites dans l'intérêt collectif d'un ou plusieurs groupes de malades, ou de malades isolés qui sont dans la nécessité de disposer d'une somme d'argent au moment de leur sortie définitive, en congé d'essai, ou en permission, et cela sous forme de « prêts d'honneur », ou de « secours non remboursables ».

L'Amicale tirera ses fonds des cotisations de ses membres, du produit de ses fêtes, au cours desquelles elle mettra en vente des produits faits par ses membres ou cédés au prix de revient par l'hôpital, de la location de son matériel ou de ses installations propres et en cas de besoin, d'un versement effectué par l'hôpital, d'une somme prélevée sur le fonds de solidarité.

ART. 178. — En dehors du travail, sont organisés à l'hôpital :

1) une kinésithérapie de déblocage destinée aux grands malades dont l'activité est indifférenciée en deçà des jeux et du travail,

2) des activités culturelles : éducation physique, chant, musique, théâtre, etc..., pour malades à réadaptation plus avancée.

Pour ces diverses activités, les malades peuvent percevoir une allocation supplémentaire de pécule dont le montant sera apprécié par le Médecin chargé de l'organisation des diverses activités précitées, en fonction de l'effort de réadaptation fait par le malade et des résultats auxquels il est déjà parvenu.

Art. 180. — Il est constitué un fonds de solidarité alimenté à l'aide d'une dotation inscrite au Budget, mais dont le montant ne saurait dépasser les excédents d'exploitation des ateliers médicaux.

Le terme « d'aliéné » est, dans les différents articles du présent Règlement, remplacé par le terme « malade ».

NOTES DE SERVICE

3 novembre 1938

La porte de l'hôpital est ouverte le matin à 5 h. 45, elle est fermée le soir à 22 h. 15. Aucune personne étrangère à l'établissement ne doit être autorisée à pénétrer seule dans l'établissement.

Les malades hospitalisés ne peuvent être visités que les mercredis et dimanches de 13 h. à 16 h., toute personne se présentant alors pour visiter les malades devra être accompagnée au bureau de Mme la Supérieure Surveillante de la section des Femmes, ou du Surveillant de la section des Hommes.

24 juin 1940

Le Médecin Directeur rappelle à tous les membres du personnel qu'il est formellement interdit de se replier même en cas d'arrivée de l'ennemi, et qu'ils doivent par conséquent rester à leur poste. Toute infraction à cet ordre entrainerait la comparution du défaillant devant le Tribunal militaire.

27 août 1940

Tout acte de brutalité envers un malade de la part d'un agent entraînera le renvoi immédiat et une action judiciaire.

30 août 1940

Tout agent convaincu d'avoir prêté un passe ou une clé à un malade sera immédiatement exclu.

10 janvier 1941

Le Médecin Directeur, porte à la connaissance du personnel que MM. C... et D..., Mme P..., Mlles M.. et M... ont été révoqués à la suite de vols ou détournement d'objets appartenant à l'administration ou aux malades, et rappelle que toute faute de même nature sera toujours suivie de la même sanction sans qu'il soit jamais tenu

compte d'aucune circonstance atténuante de quelque ordre qu'elle soit.

27 juillet 1942

Fouille générale de tous les quartiers : les malades seront placés dans une salle et seront entièrement déshabillés ; laissant leurs effets à la porte, ils ne leur seront restitués qu'après vérification complète de tout leur contenu. Il sera procédé à un triage des instruments tranchants, piquants, fers, rasoirs, argent. Ne pourront être conservés par les malades que savon, mouchoir, etc... et en principe tous objets non nuisibles. Le produit de cette fouille devra être apporté au cabinet du Médecin Directeur.

Au moment du coucher, les malades seront entièrement déshabillés et resteront seulement vêtus de leur chemise ; pour les malades et les vieillards, tricots autorisés. Leurs effets de jour seront soigneusement réunis en un ballot et étiquetés. Ils seront déposés dans un local spécialement réservé à cet usage et ne leur seront restitués qu'au réveil.

29 octobre 1943

Le Médecin Directeur porte à la connaissance du personnel :

— qu'il a prononcé l'exclusion d'un agent des Services Généraux et économiques, convaincu de s'être livré à un travail rémunéré pendant un repos de maladie, et n'avoir pas produit de pièce justificative d'absence à l'expiration de ce congé,

— qu'un agent du service médical a été dans l'obligation de se faire considérer comme démissionnaire d'office, pour avoir, au cours d'un congé de maladie, travaillé pour le compte d'un tiers, et s'être rendu coupable de défaut de surveillance dans son service de veille.

6 août 1945

Aucune malade femme n'est admise à travailler à la cuisine.

3 novembre 1945

Sous l'effet des circonstances et dans l'intention sans doute louable de permettre aux malades d'améliorer leur

ordinaire, certaines pratiques, certains échanges, ont été tolérés dans cet établissement. La continuation de cet état de choses ne peut aller sans risque de compromettre le bon ordre et la moralité générale de l'hôpital. J'apprends que certains malades ont vendu des cigarettes à des prix exhorbitants et ont été ainsi porteurs de sommes illicites. Il se peut que des échanges entre certains membres du personnel et malades aient pu prêter à critique. Ces excès doivent cesser et ne peuvent se prolonger sans danger d'autant que l'extension de la carte de tabac aux femmes risque de les aggraver.

Le Médecin Directeur compte sur le personnel et lui demande d'exercer une surveillance attentive sur les agissements de certains malades. Il met en garde, d'autre part, le personnel sur le fait que certaines défaillances pourraient l'exposer à des sanctions. Il ne faut pas que ce qui était tolérable et issu du désir d'aider les malades à se ravitailler tourne à l'abus.

18 novembre 1947

Le Médecin Directeur rappelle aux Sœurs Cheftaines de quartier que toute égratignure, ecchymose ou autre trace de coups doit être signalée au cahier de rapport. Elles peuvent joindre les explications fournies par les infirmières chargées de la surveillance de la malade en cause, mais attirer l'attention du Médecin Chef si le cas paraît néanmoins suspect et résultant de violences.

9 décembre 1950

Le Médecin Directeur informe tout le personnel auquel sont confiées la rééducation et la surveillance de nos malades, qu'un infirmier vient d'être sévèrement blâmé pour avoir introduit du vin dans l'hôpital, et s'être permis de charger un malade de cette opération.

Il espère du bon sens du personnel et de sa conscience professionnelle que cette mesure suffira pour empêcher de tels abus.

12 janvier 1953

Le Médecin Directeur a la grande satisfaction d'informer tous les agents de l'H.P. que M. le Dr A..., Directeur de l'Hygiène Sociale au Ministère de la Santé Publique, a déclaré à l'issue de sa visite que l'H.P.L. était le 1[er] hôpital de France.

22 octobre 1955

Le Médecin Directeur rappelle aux agents de l'hôpital qu'il leur est interdit de faire travailler les pensionnaires pour leur compte à l'intérieur de l'établissement.

En revanche, rien ne s'oppose à ce qu'avec la permission du Médecin ils reçoivent les pensionnaires chez eux dans le but, non seulement d'obtenir de leur plein gré un certain travail, mais encore de leur redonner avec l'ambiance familiale, l'occasion de se retrouver dans un milieu normal.

EXTRAITS DES REUNIONS DES CHEFS DE SERVICE

Groupant :
— les Médecins chefs,
— l'Econome,
— les Surveillants et la Supérieure,
— les Chefs et Cheftaines des pavillons.

10 octobre 1958

Monsieur le Directeur précise que tous les pensionnaires qui le désirent, peuvent conserver et porter leurs effets personnels à l'H.P. Les bleus de travail sont réservés aux travailleurs.

Organisation d'un atelier de repassage au pavillon II Hommes qui l'a demandé.

7 novembre 1958

Achat de couvertures chauffantes décidé pour les pavillons I, IV, VI Hommes et Femmes.

12 décembre 1958

Attribution de coupelles à crème glacée dans tous les pavillons.

13 février 1959

Chaque pavillon est doté d'un ensemble de vaisselle normale : assiettes en faïence, cuillères, fourchettes, verres et couteaux.

10 avril 1959

Programme des séances d'éducation physique, cours de solfège, chant et harmonie.

10 juillet 1959

Tous les cas considérés comme « urgence psychiatrique » doivent être absolument signalés au médecin et dans tous les cas l'Interne de garde sera appelé.

4 septembre 1959

Organisation d'un service de désinfection et désinsectisation.

13 novembre 1959

Le modèle de fichus présenté par M. Bernet sera confectionné pour les malades femmes qui en désireront.

18 décembre 1959

Monsieur le Directeur expose le fonctionnement de la Kinésithérapie à l'H.P.L. :

— kinésithérapie des vieux malades. Des promenades sont organisées pour eux suivant des circuits ou itinéraires avec des arrêts à endroits précis ;

— kinésithérapie des malades jeunes : ces derniers sont répartis en une dizaine de groupes suivant leur état physique et mental et participent à des exercices dans le parc durant la matinée. Ils peuvent profiter des attractions telles que le petit train, barques, pédalos, minigolf... L'après-midi, leur travail est moins poussé que le matin et se compose surtout de rééducation par la musique et par le rythme ;

— les massages pour infirmes physiques. A cet effet, il est prévu d'édifier une piscine et un gymnase.

18 décembre 1959

L'ouverture des portes des pavillons a apporté un effet psychologique certain, mais il a été remarqué que si les services médicaux veillent à les maintenir ouvertes, les ouvriers des services généraux les ferment par manque d'habitude. Quoiqu'il en soit, toutes les portes doivent être fermées la nuit de 21 h à 7 h. 45.

12 février 1960

Monsieur le Directeur demande de veiller à ce que le pécule des malades travailleurs ne soit en aucune façon supprimé à l'occasion d'une maladie physique des intéressés, ou de leur sortie en permission de 4 jours.

8 avril 1960

L'effet produit par l'ouverture permanente des portes dans les pavillons a été des plus heureux. Cependant, certaines familles visiteuses, s'introduisent dans les pavillons et y circulent sans avertir. Il est en conséquence demandé d'inscrire à l'entrée de chaque quartier : « Les visiteurs sont priés de sonner avant d'entrer ».

23 décembre 1960

Les pensionnaires seront conduits aux douches par les infirmiers et infirmières. Les grands malades eux mêmes seront douchés. A cette occasion, Monsieur le Directeur demande de ménager la pudeur des malades en évitant de les faire promener nus. Un peignoir leur sera donné.

24 février 1961

Un premier essai d'emploi de 4 infirmières au pavillon I Hommes sera effectué, une présence féminine étant plus tranquillisante et réconfortante.

4 août 1961

Nouvelle distribution de brosses à dents et de brosses à ongles sera faite.

12 janvier 1962

Six spécialistes : Stomatologie - Ophtalmologie - Phtisiologie - Cardiologie - Neurochirurgie et O.R.L., se rendent régulièrement à l'hôpital pour donner leurs soins aux pensionnaires.

Nomination d'un médecin interniste qui assisterait aux visites des spécialistes dont il assurerait la liaison avec les Médecins Chefs de Service, et donnerait des soins de Médecine générale.

La mise en place de porte-serviettes chromés est décidé. L'achat de bretelles, est décidé, certains malades obèses pourront ainsi maintenir leur pantalon plus facilement.

2 mars 1962

Il a été remarqué que les malades hommes étaient mal rasés parce qu'ils ne pouvaient se rendre chez le coiffeur que 3 fois par semaine. Il est en conséquence décidé que les pensionnaires pourront se rendre chez le coiffeur lorsqu'ils le voudront.

25 mai 1962

A partir du 5 juin, un pédicure assurera 4 fois par mois, ses soins à l'hôpital.

LES JOURNAUX MURAUX

Ces journaux, apparus en 1950, *ont pratiquement disparu en* 1956 *lorsque le séjour moyen des malades à l'H.P.L. est devenu plus court, et surtout lorsque les pensionnaires, jouissant d'une plus grande liberté, étaient beaucoup moins confinés dans leurs pavillons respectifs.*

Ils ont été recueillis et constituent une cinquantaine de volumes dont les deux tiers sont représentés par ceux des pavillons II et III, la production de ce dernier étant nettement inférieure à celle du II.

Décembre 1950 *:*

Nous notons à propos de l'*Amicale* — de toutes façons, puisque nous allons repartir à zéro, nous pouvons penser :

1) qu'il y aura dans chaque pavillon, des délégués *élus* au prorata du nombre de présents (et que ces délégués auront une tâche *définie*) ;

2) qu'il y aura un bureau de malades *élus* par l'ensemble des malades ;

3) que l'Amicale étant une Amicale des *malades*, puisque ordre *il faut* (à tous points de vue), *les dits* cadres auront leur place, *rien que leur place*, et les malades auront leur place, *toute leur place.*

Affaires pendantes :

La radio, ici, est presque une nécessité. D'abord, c'est le pavillon où il y a le moins de sorties extérieures. A part le sacrifice que font 2 ou 3 hospitalisés, pas de nouvelles.

Il est des heures ou les truquailles conjugées font un concert infernal et un peu de musique ferait le silence (relatif) plus que les engueulades.

Puis les informations ? Ce journal mural ne saurait suffire à tout. D'autre part, je ne pense pas que ça déplairait aux infirmiers non plus.

2 *clous difficiles à enfoncer :*

Les repas, nous n'aurons pas la cruauté d'afficher les temps que nous avons relevés quant aux temps respectifs nécessaires :

— à un infirmier pour casser la croûte,

— à un hospitalisé pour casser la croûte,

disons pour le moins, ça va du simple au quadruple.

Les nuits :

Le premier numéro de « Minerve » avait accroché le grelot : les veilleurs veillent... bruyamment... A plusieurs reprises les délégués du pavillon se sont plaints. Et, presque chaque soir, presque chaque nuit, nous entendons des conversations à voix haute. Et encore heureux si, l'un ou l'autre ne vient s'asseoir bruyamment sur votre lit.

Nouvelle du jour au pavillon :

Notre chef de pavillon, M. X... est en vacances, aujourd'hui. Nous aussi !

Spectacles :

Nous nous sommes amusés à relever les titres de films qui passent cette semaine à Paris et voilà ce qu'il en est :

— Autant en emporte le vent : Ça, c'est notre poste radio.

— Plus on est de fous : Il doit s'agir de l'H.P.L.

— Souvenirs perdus : Notre liberté d'antan.

— La Grande Illusion : Notre départ de l'H.P.L.

Du sport à l'H.P.L. ?

Il y a ici beaucoup de jeunes, pleins de santé. Ne pourrait-on pour les futurs beaux jours, penser à créer dans le cadre de l'Amicale, une section sportive ?

Les cours commerciaux :

La gauloise 4 fr., le paquet de troupe 30, 35 ou 40 suivant la tête du client. Le pâté de midi 5 fr.

Le temps :

Après la neige, la pluie... A l'intérieur, il pleuvait des marrons.

Vol :

Ce matin, notre ami M... a trouvé ses effets soulagés

de son porte-monnaie. On a retrouvé le porte-monnaie, évidemment vide. Le syndicat des pickpockets n'est jamais en chômage. Ce serait pourtant une grève désirée.

Belote :

Le concours a démarré. Gros succès. Tous les joueurs du pavillon sont inscrits sauf deux.

Radio :

Le poste est là, c'est le principal.

Lettre à mon ami infirmier :

Dans le circuit fermé où tu viens 8 heures, mais où nous sommes 24 h. sur 24, tout s'amplifie pour nous. Et un geste de bienveillance, une parole amicale ont une valeur décuplée. Ainsi, au jour le jour, se tissent entre vous et nous, bon gré, mal gré, des rapports d'homme à homme... Et la solidarité qui joue *entre vous* « les blouses » finit par jouer aussi *entre nous ;* bien qu'elle soit difficile car la « maladie » isole, et rend individuel.

Cercle de lecture :

La semaine nous pourrons vous prêter les quotidiens : Sud-Ouest, La Dépêche du Midi, Le Monde, le Canard Enchaîné, France Dimanche, France-Football, Midi-Olympique, Ici Paris, Samedi Soir, Flash, La Terre.

Cendriers :

A présent que pas mal d'entre nous séjournent au réfectoire, devenu salle de repos, nos camarades syndiqués du ménage, se plaignent du parquet. Faudrait quelques cendriers (au moins une bonne dizaine), en bois ou en matière plastique (pour éviter qu'ils servent de projectiles).

Les em...deurs continuent dans le réfectoire où nous *séjournons,* je le *répète par faveur,* à sévir. Si vous séjournez au réfectoire, soyez occupés à quelque chose : à jouer, à lire, à écrire. Ce sont ceux qui ne savent pas quoi faire de leur peau qui empoisonnent les autres.

Alors qu'il aillent déambuler dans la salle de séjour.

Discours du délégué à l'occasion du réveillon :

Chers amis prenons ce soir la résolution d'adopter la devise : « Nous aimer fraternellement les uns les autres », c'est là le désir de notre Directeur, et aussi le vrai sens de notre amicale... que chacun de nous

reste à la place qui lui est assignée et ne convoite pas celle des autres, car dans toutes les places, si bonnes soient-elles, il y a des inconvénients.

La silhouette de la semaine :

Il y a quelque temps, L... a été victime d'un raz-de-marée... il y a le L... d'avant et celui d'à présent. Celui d'avant, je n'ai pas peur de l'écrire, n'était pas, mais pas du tout sympathique. C'était en terme de l'argot des prisons, le « Caïd du pavillon II », et un caïd pas commode ; qui avait son commerce ou plutôt ses commerces... *Passons, ce temps est révolu !* A présent L... descendu de son piedestal est devenu un homme *comme les autres,* plus humain, plus cordial, moins séparé de « la masse ». En un mot, il est devenu « un pote ».

Souhaits de fin d'année :

Le maximum de sorties définitives et dans le cadre de l'H.P.L. plus de travailleurs « extérieurs », plus de sortants du dimanche, que cette année soit arrosée du modeste 1/4 de vin quotidien pour les vaillants travailleurs de notre pavillon II.

Année 1951

Potins :

— Dame Truquaille a quitté les ateliers, c'est sans doute signe de beau temps, mais elle est toujours à la salle de séjour... en permanence.

— La nuit fut troublée par le sabbat des noctambules. Le noctambule S... dort le jour et veille la nuit. Il a été pris en flagrant délit de kleptomanie sur la personne du travailleur ambulant R..., mais ce dernier qui ne dort que d'un œil a riposté par une gifle.

— Notre pauvre « Fauvette » n'a vraiment pas de chance. Elle a failli être déplumée et étranglée par le député R... Il est vrai qu'elle est un peu em...dante. A quand les beaux jours et le départ de cet oiseau migrateur.

— P... est sorti de l'hôtel du « Bœuf » plein de bonnes résolutions, se rendant dorénavant aux WC pour y déposer ses petites commissions.

— Arrivée à l'hôtel du Bœuf de 2 hôtes de marque :

L... et A... tous deux grands boxeurs qui ont droit à une cure de repos aux frais de la République.

— *Un faible :* Comme R... souffre de son infériorité il a voulu se venger sur moi des humiliations que lui ont donné d'autres hommes plus forts que lui. Attention R... !

— F... est toujours em... On a dû l'isoler à la cour pour que la tranquillité règne et ainsi la matinée a été calme.

— La Paluche (1) s'est fait entendre ce matin par de grands éclats de voix, il est excusable, ceux qui le taquinent mériteraient d'être punis, car il se rebiffe avec ses armes, les crachats et les éclats de voix et cela toujours quand il a été provoqué.

Année 1952

— Le gallinacé S... a été surpris la nuit dernière par le veilleur M... en train de roucouler avec B...

Le Gallinacé a été invité à aller passer le restant de la nuit à l'hôtel du Bœuf.

Le Gallinacé dort le jour et piaille la nuit. Prière de le réveiller le jour pour qu'il nous laisse dormir la nuit.

— L'asthmatique I... réside à l'hôtel du Bœuf pour le championnat de boxe qu'il a remporté sur P..., ce dernier garde encore les marques des griffes et morsures. Nous sommes obligés de reconnaître qu'I... est un peu simulateur, car quand on est asthmatique et qu'on est à court de souffle, on ne peut pas boxer de la sorte Quelques jours après, l'asthmatique a quitté l'hôtel du Bœuf. Hier soir, il a couché dans son lit, il a dormi toute la nuit c'est à croire que le séjour lui a fait du bien pour ses étouffements nocturnes.

Radiocrochet :

Depuis 2 ou 3 dimanches, c'est le b... au pavillon V et ça finira ainsi : le radiocrochet sera supprimé. Pour quelques cloches, la collectivité paiera. Faisons notre police nous-mêmes entre nous, ça vaudra mieux que d'aller pleurer aux chefs des pavillons d'autant qu'en

(1) Il s'agit d'un paralytique général dément et qui pourtant avait effectivement une conduite réactionnelle, parfaitement intelligible et logique.

général, ce sont ceux qui en ont le plus sur la conscience qui vont moucharder les copains ou se réjouissent si un autre est puni.

Il manque des manteaux et des tabourets :

Le nombre des pensionnaires qui travaille dehors est supérieur au nombre de capotes.

— Ce matin, le commandant B... après quelques jours de repos a repris son service. Nous en sommes très heureux car quand il est là, la justice et la discipline sont plus régulières.

— Messieurs les infirmiers qui portaient des souliers à 6 heures en arrivant, marchez doucement.

— Le père S... est passé au pavillon I... pavillon des *rentiers*.

— Les dortoirs sont impeccables, le réfectoire est aussi d'une propreté remarquable, la salle de jour avec des tables rustiques, donne un bon effet. Faisons un effort pour maintenir cette propreté.

Année 1953

— Le patron a passé hier soir la visite. Il fut très entouré par les mêmes courtisans qui ont recueilli un sourire et une poignée de mains. Ils ont été contents, c'est le principal.

— Sans la présence du délégué G..., le pauvre P... recevait un coup de chaise maison sur la tête par le Sidi B... P... assis dans le hall attendait l'interne, B... *n'avait aucune raison valable de le faire et aurait mérité d'être puni.*

— Baromètre de dame Truquaille en baisse, pourvu que cela dure.

— Le patron a décidé qu'un cantinier tiendrait à la disposition des pensionnaires, des articles utiles : papier à lettres, cartes postales, crayons, chocolat et friandises... et tiendra du vin à la disposition des pensionnaires, le dimanche seulement. C'est un essai que le patron veut faire, souhaitons dans l'intérêt de tous, qu'il réussisse...

— Un beau geste de la Mère Supérieure : elle a donné 200 francs aux camarades D... et R... pour le voyage de Lourdes.

— Le rouspéteur L... a quitté l'hôtel du Bœuf. Va-t-il être propre dans son langage ? Nous le lui conseillons.

— Le pigeon-voyageur S... qui voulait émigrer comme les palombes a été capturé du côté de la ferme et ramené au pigeonnier de l'hôtel du Bœuf. Il a été aujourd'hui remis en circulation.

— Un beau geste de camaraderie : L... n'avait pas d'argent pour le voyage de Lourdes, mais G... le lui a avancé en attendant le pécule ; mais L... paiera l'intérêt.

— L'arrivée hier soir, d'un vieux de la vieille, le Sidi B... qui jadis était la terreur du pavillon. Il est devenu parfait.

— Le camarade G... a fait le compte rendu sur le pèlerinage de Lourdes, mais a oublié de parler des coups de barre reçus dans les bistrots...

Un merci aux jeunes infirmiers qui pour la première fois venaient en déplacement. Ils se sont montrés d'une gentillesse et d'une politesse exemplaires.

— La confection des tapis pour jouer aux cartes est en bonne marche.

Année 1954

— L'infirmier S... est comme les Auvergnats, il sert la confiture dans une assiette où il y a déjà de la morue et des pommes de terre en salade. Pourquoi ne l'avoir pas mise dans une autre assiette ?

— La soirée de lecture des journaux psychiatriques aura lieu ce soir à 7 h. 30 au pavillon V Femmes.

— La veille du mardi-gras, les pensionnaires qui veulent se déguiser trouveront des masques à la cantine à bas prix. Un grand concours aura lieu, de nombreux prix seront distribués.

Le bal de mardi-gras aura lieu jusqu'à 11 heures, à la salle des fêtes.

— Le service des douches a été doté de peignoirs neufs. C'est plus hygiénique que de s'essuyer à un drap qui traîne par terre et qui, pour servir à tout le monde, est trop mouillé.

— La buvette a fait, dimanche, une grande recette, 25.000 francs ont été versés à la Caisse de l'Amicale. On voit avec plaisir que l'augmentation du pécule y est pour quelque chose.

— Le corse R... a été bien agité au moment du repas. Il a été cravaté par les infirmiers I... et S... Ils l'ont

conduit dans le hall, l'ont ramené au réfectoire et finalement il a été conduit en chambre. Dans l'après-midi, il a quitté la chambre, il est très calme ; il est vrai que le commandant P... fait preuve de patience, le prend par la douceur et en fait ce qu'il veut. R... est un homme qu'on doit mener par la douceur, la preuve en est là.

— Le camarade L... ne croît plus aux poisons que les infirmiers mettaient dans ses aliments. Il a reconnu que tout cela n'était que fantaisie de sa part. Un infirmier soigne, mais n'empoisonne pas.

Année 1955

La rubrique « Potins » est devenue « Le pour et le contre ».

— Le quartier cellulaire n'ayant plus de paille, le nom d'hôtel du Bœuf est périmé, nous rebaptisons le dit quartier « Villa Chagrin ».

— Le bal de dimanche a connu son ambiance habituelle, vous avez remarqué les belles robes que portent nos camarades les femmes, les robes de bure ont disparu.

— Le journal Minerve a été vendu à La Barthe, dimanche : 50 Minerve ont rapporté à l'Amicale 1.686 fr.

— Une délégation de pensionnaires, hommes et femmes, a été voir un film à Lannemezan.

— Un pauvre type avait dit à M. T... : « Si vous saviez ce que Monsieur L... a écrit à votre sujet. » M. T... est venu hier soir se rendre compte de mes écrits et il a constaté qu'il avait été trompé. *N'atigeons pas, c'est fini*

— Le camarade M... nous quitte pour aller à l'hôpital de Dinan. Notre pavillon perd en lui un bon travailleur.

— L'H.P.L. reçoit beaucoup de visiteurs dont la plupart sont des membres du personnel des autres hôpitaux psychiatriques. Estimons-nous heureux d'être en traitement à l'H.P.L. à X... Y... on y voit encore des pensionnaires attachés, pas de tables de nuit dans les dortoirs, les médecins ne font pas confiance à leurs pensionnaires. Ici, c'est tout le contraire, nous sommes comme libres.

— Deux touristes du pavillon V Hommes sont venus faire un court séjour à la « Villa Chagrin » au

II Hommes. Se bagarrer ne sert à rien, il faut apprendre à se supporter les uns les autres.

— Les pâtissiers fabriquent aujourd'hui 1.000 croissants au beurre dont nous apprécierons demain matin la saveur au petit déjeuner.

— Le camarade G... est un parfait violoniste. Monsieur l'Econome va lui acheter un pupitre pour placer ses partitions de musique. Il prendra place dans l'orchestre de l'hôpital.

— Le match de basket s'est déroulé comme prévu avec le beau temps. Nos camarades basketteurs sont encore à l'honneur. L'équipe H.P.L. a gagné le Collège de Lannemezan par 21 à 16.

— Le concours des astuces devient intéressant, le 1er prix est de 200 fr., le 2e de 150 fr., le 3e de 100 fr. pour les 4e, 5e et 6e, des paquets de troupe ou des rouleaux de bonbons.

— Notre salon de coiffure a son enseigne lumineuse comme les grands salons parisiens.

Année 1956

— Une chose cependant est encore à mettre au point, cette chose importante est celle-ci : l'Amicale devrait acheter un souvenir pour placer sur le cercueil des défunts.

— *Apparition de nouvelles rubriques « Mon petit monde », « Du Logis ». Les « Potins » sont bien morts, et avec eux les Journaux Muraux.*

EXTRAITS DE MINERVE

Les problèmes se traitent désormais sur le forum de l'Amicale, de Minerve, ou des réunions de groupe.

Depuis ses origines, Minerve est exclusivement composée et rédigée par des pensionnaires dont certains sont véritablement les journalistes de leur Amicale, seule la rubrique « Petits Conseils Amicaux au Personnel » est rédigée par le Médecin Directeur, et cela pour couper court à des conflits possibles qui auraient pu surgir du fait que les pensionnaires estimaient que leur journal se devait de faire certaines critiques, mais que le personnel aurait difficilement admis de recevoir directement de leur part.

Juillet 1950 à 1952

Nous nous sommes constitués en une Amicale qui aura pour but de nous distraire du mieux possible en occupant nos esprits vers les nobles pensées, et resserrer les liens de camaraderie et d'amitié qui existent déjà entre nous.

Les moins malades prendront en main les rênes de l'Amicale et chercheront par tous les moyens en leur possession de trouver des distractions pour tous. En un mot, les malades ne se sentiront pas abandonnés à leur sort, ils pourront sans transition aucune, sauter de la vie de l'hôpital à la vie civile.

— Pourquoi dans notre pavillon (II) nous inflige-t-on des veilleurs qui veillent ? Nous demandons des veilleurs qui dorment. Parce qu'un veilleur qui veille, vous ne pouvez pas vous imaginer le bruit que cela peut faire .

Signé : « Le délégué des Réveillés en Sursaut. »

Un vilain Monsieur :

Il est au pavillon IV, il travaille au bureau, il est gras, il est égoïste, il se fout, dit-il, de l'Amicale des Malades, de ses compagnons du IV. Il ne mérite pas un souffle de D.D.T., et nous l'épinglons comme une vilaine mouche.

Chronique des pavillons Hommes et Femmes :

Pavillon I : Ce sont les pavillons de réception des malades, les *pavillons de traitement*, les pavillons modèles. Les infirmiers et infirmières *tous des philosophes*, ce sont « les *disciples des piqûres* ».

Pavillon II : Le pavillon des mouvementés ! des truquailleurs excités ! Des récalcitrants, peut-être aussi des durs, c'est un peu mélangé. Il y a beaucoup de braves gens. Les infirmiers ont l'habitude, savent procéder comme il convient avec toute la douceur désirable. Tous les malades, ou peu s'en faut, sont occupés (sandales, tricots, caleçons, chaussettes, atelier de reliure).

Pavillon III : Quoique d'un effectif assez important, le « trois » ne fait guère parler de lui.

Les uns vivent repliés sur eux-mêmes, agissant comme les automates. D'autres, par contre, dont l'état nécessite des soins attentifs, sont qualifiés d' « agités »; leurs mauvais moments sont heureusement de courte durée.

Malgré cela, le III fournit presque la moitié de son effectif de travailleurs ; les plus « allants » font partie de l'équipe de terrassement ; les « grands papas » eux, sont à la cuisine.

Pavillon IV : Pavillon de très jeunes et de vieux, qui ont besoin non seulement d'une surveillance de tous les instants, mais de soins corporels.

Tous les dimanches, environ 80 malades vont se promener, jouer au ballon, un infirmier leur est adjoint, il leur est permis de s'arrêter à l'épicerie, au bureau de tabac qu'ils rencontrent, ils ont même droit sous l'œil bienveillant de l'infirmier, de boire un petit verre de vin blanc, pas tous, mais le brave garçon connaît son monde. Jusqu'ici, il n'y a eu aucun incident fâcheux.

— Pensez donc, nos loisirs ici ne sont pas oubliés : cinéma tous les samedis, si une troupe théâtrale passe, elle est retenue pour nous distraire; dans quelques pavillons existent des postes de radio, des tables de ping-pong, des jeux de boules, de quilles, sans compter les jeux de toutes sortes. Notre Amicale vient aussi de créer un groupe artistique.

Pavillon VI : Ce pavillon est le refuge des malades âgés, d'incurables, tous inoffensifs; des soins dévoués leur sont prodigués, c'est avec bienveillance que les infirmiers chargés de la surveillance les réconfortent. Il y existe plusieurs chambres particulières où sont isolés les malades contagieux, c'est un pavillon très bien agencé.

Fleurs :

Quelques rares pavillons possèdent des massifs de fleurs. On pourrait certainement étendre leur nombre et ajouter quelques bancs, voire quelques tables en ciment armé.

Aveux spontanés :

Dans la « Dépêche » du 8-11, page 8, nous recopions sans y changer un mot, une intervention de l'avocat M[e] R. Hubert dans un procès de « Poissonnières » :

— « Nous sommes tous fous, et l'on en enferme quelques-uns pour faire croire aux autres qu'ils ne le sont pas. »

Hé ! hé ! En y réfléchissant !

Année 1952

Point de vue sur l'ergothérapie.

Regardez la différence entre ce jardinier qui passe sa journée au grand air dans une ambiance idéale, et qui voit *ses* magnifiques parterres fleuris, et ce « zèbre » qui toute la sainte journée reste collé contre un mur, est avachi sur un banc ou tourne en rond, indifférent à tout. Regardez l'un et l'autre et comparez leur mine. Il arrivera un jour — espérons-le, souhaitons-le — où les moniteurs seront plus nombreux que les infirmiers. Ce jour-là un grand pas aura été franchi dans la « libération » des H.P.

Pavillon III - Femmes :

Nous sommes heureux d'annoncer que M[lle] D... mange maintenant délicatement avec la cuillère.

Un mot vache :

Chez P. T..., il y avait affluence hier vers 2 heures. Dans un petit cercle composé fifty-fifty d'infirmiers et d'hospitalisés, on passait en revue les derniers potins de la maison. Et, il faut le dire, on cassait pas mal de sucre ! La conversation vint sur... non, je n'écrirai pas son nom. « Si jamais il meurt, il n'y aura pas beaucoup de monde

à son enterrement », dit l'un. — Alors l'Archer : ... « Forcément, à force d'être chameau, on finit par mourir dans le désert. »

Année 1953

Les neuf Commissions, composées de membres titulaires et actifs, sont chargées et responsables de l'organisation des groupes suivants : théâtre, bal et cours de danse, radio-crochet, excursions, sports, jeux et concours, chant et chorale, comité de lecture, bulletin paroissial.

Pavillon III - Hommes :

Nous ne buvons plus dans des timbales, mais notre pavillon est doté de superbes verres incassables, dit-on, mais d'après moi ils sont en verre.

Depuis quelques jours, la plupart des malades capables d'apprécier les choses ont à leur disposition : serviettes de table, fourchettes et couteaux; c'est là un grand résultat ! Et le spectacle d'un réfectoire à l'heure des repas fait davantage penser à une pension de famille qu'à un hôpital psychiatrique, petits détails qui ont leur importance... et ce n'est pas fini.

La presse :

Dans l'article consacré à une campagne d'abonnement, le rédacteur analyse une situation qui est exactement la même que celle de l'H.P.L. : l'extérieur achète plus que l'intérieur. Que l'on veuille penser à la modicité de nos pécules sur lesquels il faut faire l'effort d'économiser les 30 fr. nécessaires. Et pour nous, l'abonnement d'un membre du personnel est la preuve tangible qu'il s'intéresse à nous en comblant ainsi le fossé qui existait il n'y a pas si longtemps entre *gardiens et gardés,* fossé qui, malheureusement, est encore bien profond pour quelques-uns.

Ce qui nous manque :

A la dernière réunion de « Minerve », Monsieur le Directeur a récompensé Mlle M..., délégué du VI Femmes parce qu'elle a demandé, dans un article, des fourchettes et des verres pour son pavillon. Le patron aime bien qu'on lui demande ce qui nous manque.

N. B. — On note des interviews du personnel : Econome, infirmiers..., une floraison de dessins humoristiques, principalement sur les médecins, et de petites histoires ou astuces.

Année 1954

Au nombre des petits métiers « retrouvés » dans l'H.P.L., n'omettons pas notre manucure. C'est un art véritable que pratique avec talent M^me^ M...

Revue de la presse :

A propos d'un éditorial d'un autre H.P. parlant du « martyrologue » de l'infirmier psychiatrique : « Ou bien l'infirmier de là-bas ne sait pas y faire, ou bien c'est que les malades confiés à ses soins sont de dangereux individus, non éducables, ce qui m'étonnerait. Allons, mon confrère... avouez que vous avez exagéré ! N'est-ce pas ?...

» Ici, à Lannemezan, nos moniteurs, infirmiers et infirmières sont nos amis, sans aucune restriction. Nous sommes arrivés à faire une grande famille. Certes, comme partout, il y a des délinquants, des esprits frappeurs, mais il y en a bien au dehors. Eh bien, à ceux-là, l'infirmier leur dit gentiment : « Frappez et l'on vous ouvrira... la porte de la salle de police »... Je ne veux pas dire pour cela que nos infirmiers sont des agents de police, c'est bien rarement qu'ils sont obligés d'en venir à de pareilles pratiques; la plupart du temps, ils jouent aux cartes, aux dames, au ping-pong avec ceux qu'ils ont charge de protéger, veiller, soigner.

« Le dimanche, les jours de fête, le bal réunit pensionnaires et personnel, les infirmiers comme les infirmières dansent au bras des malades et c'est dans une ambiance joyeuse et sans aucun incident. Il faut voir pour se rendre compte, les gens de l'extérieur eux-mêmes viennent en masse se mêler à nous... Et ne dites pas : « Oh ! pardon, c'est une sélection de malades qui vont au bal, hommes et femmes. » — Non, Monsieur, ne vous déplaise, tous sont admis sur leur demande... C'est le 14 juillet 1950 que fut tentée et réussie pareille performance, pour la première fois, sans doute, dans les annales d'un H. P.; tous les pavillons étaient ouverts sans aucune distinction, entendez-vous bien ? Sans aucune dis-tinction. Les pensionnaires s'égaillèrent parmi les quelques milliers de spectateurs venus assister à la fête sous le signe de l'Amicale des malades et l'on dansa toute la nuit. Eh bien, malgré l'absence de murs de clôture,

aucun pensionnaire ne chercha à s'évader, et tous se montrèrent convenables. La preuve était faite, et maintenant, toutes les années, il en est de même. Il fallait oser... c'est fait !

« Actuellement, le malade travaille et se distrait, s'il est, de par la loi, un mineur, il n'en reste pas moins qu'on lui laisse quelques initiatives. Il est, s'il est raisonnable, à peu près libre, nanti d'une permission, il sort en ville, tous les soirs il peut veiller au Foyer du Malade. Il se sent vivre... il est heureux. Il peut, sans transition aucune, passer de la vie à l'hôpital à la vie extérieure, il a reconquis ou acquis les vrais devoirs qui sont dévolus à un homme dans la Société. »

Pavillon II - Hommes :

Il a été parlé des journaux muraux, seulement un bref aperçu, en disant : Les tableaux ne sont pas faits pour jeter la pierre de l'un à l'autre. Voici trois ans, j'avais dénoncé que c'était néfaste aux pensionnaires ainsi qu'au personnel, et cependant la Direction s'en est servie pour bien des choses que je pourrais énumérer sans me tromper. Il fut un temps où le pavillon II hommes et le pavillon III hommes, dont il est inutile de citer les auteurs, faisaient plutôt un cahier de rapport...

Donc l'activité du tableau reste pour la littérature, la presse, les sports, les modifications à soumettre, ainsi que les réclamations. Il est assez difficile de faire tourner les roues carrées en rond; il faut donc arrondir les angles doucement mais sûrement.

N. B. — *Jusqu'ici il semble bien que* Minerve *ait gardé le style « potins » des journaux muraux, mais que désormais, prenant conscience des problèmes posés par la vie sociale à l'H.P.L. — en même temps qu'elle scellait le destin des journaux muraux — elle les formulait et en proposait des solutions de plus en plus larges.*

Année 1955

Sociothérapie :

La première condition est la création de l'ambiance. Elle dépend du sentiment de confiance que le personnel

et les malades contribuent chacun pour leur part à faire naître et à entretenir. Le sentiment n'est pas donné à priori; il doit être éveillé par une attitude humaine, il est affaire d'intuition et de cœur. Des cours de psychologie joints aux cours ordinaires pourraient le développer, mais il ressort avant tout à la valeur morale personnelle de l'infirmier. Il est fait d'abord d'attention à l'individu, de respect à la personne. *Le malade est un bien portant virtuel.*

Cette ambiance créée, l'infirmier doit s'ingénier à y développer ou à y redresser la personnalité du malade... Ces conditions remplies, le milieu peut devenir guérisseur par lui-même.

Pavillon II - Hommes :

Signalons en passant que l'équipe de jeunes infirmiers est venue remplacer nos anciens qui ont été mutés dans le service d'autres pavillons. Il est à remarquer dans ces jeunes un grand dévouement et une grande courtoisie. Ils sont à la hauteur de leur tâche, l'antique gardien a enfin disparu pour faire place au véritable infirmier... Le pavillon II n'est plus l'épouvantail de jadis dont le seul nom faisait frémir et était comme l'épée de Damoclès, suspendue sur la tête de tous les pensionnaires. Ici, tout le monde travaille dans les ateliers ou au terrassement; finis l'oisiveté et le farniente dans la salle de jour qui ne faisaient qu'entretenir la grande truquaille permanente.

Cinéma :

Tout d'abord, nous devons constater l'amélioration apportée aux projections de films dans notre hôpital, depuis que ceux-ci sont passés à la salle des fêtes... Bonne ambiance aussi : gaieté, entrain se lisent sur tous les visages; avec quelques efforts et un peu plus de bonne volonté de nos pensionnaires dames, toujours plus difficiles à se plier au règlement, nous aurons la satisfaction d'assister à des soirées identiques à celles que l'on peut trouver à l'extérieur. Réjouissons-nous de cette évolution du cinéma à l'H.P.L., car ce n'est pas seulement, comme on est souvent porté à le croire, un divertissement, c'est aussi, et au même titre que les livres, surtout pour les

classes peu instruites, un facteur très appréciable de l'évolution de la vie intellectuelle et morale... Le cinéma joue également un rôle éducatif en dehors de toute vie affective... De là, la nécessité de choisir de bons films, je vais peut-être un peu loin en pensant qu'il faudrait, ici plus qu'ailleurs, projeter des images susceptibles de créer de bons réflexes. Pourquoi ne pas se servir même du cinéma pour la rééducation des pensionnaires ?

— *Jadis, on reléguait l'aliéné et il était déchu puisque à jamais irresponsable !*

Année 1956

Nécrologie :

Vendredi dernier, mort d'Etienne G... Une délégation de ses camarades, non seulement du pavillon II, mais de tous les pavillons, conduite par le Médecin-Chef, l'accompagna à sa dernière demeure.

Le « living room » du pavillon I (Femmes) :

Depuis le mois de novembre, des travaux ont été entrepris pour l'embellissement du réfectoire de nos pavillons... La salle, avec un carrelage jaune, s'harmonise bien avec la couleur verte des meubles, la grille noire en fer forgé avec ses jardinières fleuries, séparant la salle de séjour du réfectoire, le bar noir assorti recouvert d'une plaque de marbre de grande valeur, l'armoire chauffante d'une grande utilité, toutes ces teintes donnent un aspect distingué et de bon goût... Nous avons eu la joie de faire l'inauguration de notre « dining room » le jour de Pâques... Nous ne parlons pas du repas, qui était de choix, sablé par le champagne.

Notre concours d'astuces :

Troisième prix. — Au bord du lac, un pensionnaire muni d'un roman policier et d'un marteau. Un curieux s'arrête :

— Qu'est-ce que vous faites là, lui demande-t-il.

— Vous voyez, je pêche; c'est une nouvelle méthode: je tiens le bouquin au-dessus de l'eau et, comme les poissons sont curieux, ils viennent voir le titre du livre. Dès qu'un poisson sort la tête de l'eau, je l'assomme avec le marteau.

— Vous en attrapez beaucoup comme cela ?
— Vous êtes le dix-huitième !

Année 1957

Nous avancerons même que l'hôpital suit la mode dans une certaine mesure. L'an dernier, c'était au IV hommes, par exemple, une floraison d'anoraks; cette année, nous assistons à l'apparition massive, disons le mot, du duffle-coat ! Et, aux heures d'ateliers, inutile de mentionner que les hommes ont leur « bleu » : serruriers, vanniers ou jardiniers, etc... leur « blanc » : peintres, cuisiniers...

Un préjugé à détruire :

Il serait temps que l'opinion publique comprenne que le séjour dans un H. P. n'est pas une déchéance, et que l'homme que les circonstances ou la maladie, dont il n'est pas responsable, ont amené à se faire soigner, ne doit pas être victime d'un préjugé indélébile... Ridicules et pénibles, les regards et les propos dont sont profondément victimes les pensionnaires qui sortent le dimanche... C'est toute une transformation de l'esprit public qui est à envisager sur l'attitude à l'égard de la maladie psychonerveuse.

Et, assurément, la première manche à gagner est l'organisation à l'hôpital d'une communauté exemplaire.

— *La soirée* du « quitte ou double » a été très instructive et amusante, et de nombreux gagnants furent ravis d'emporter en si peu de temps de si nombreuses cigarettes. Grâce à l'initiative de nos moniteurs, voici un jeu qui a conquis le public.

— *Hôtel des courants d'air, pavillon III - Dames :* Les dames M... et D... ne sont pas d'accord au sujet des vasistas; laquelle de ces dernières comprendra la nécessité que l'air soit renouvelé chaque jour ?

— *Petits conseils au personnel :* Ouvrir l'H. P., ce n'est pas seulement en laisser sortir les pensionnaires pour la

promenade, le travail ou le congé d'essai, c'est encore y faire entrer librement ceux du dehors pour qu'ils voient, se rassurent, comprennent et apportent par leur seule présence l'assurance aux pensionnaires qu'il n'y a pas de barrières, plus d'aliénation.

Année 1958

L'humanisation de l'hôpital :

Il est vain de souligner à quel point la sociothérapie améliore le moral du malade, en lui faisant gravir pas à pas les divers échelons de sa réadaptation sociale jusqu'à sa sortie, jusqu'à son nouveau départ dans l'existence; s'occupant de choses utiles, l'impression d'être à la charge des autres s'atténue, car il va de soi que si vous proposez au malade quelque chose, tant en distraction qu'en travail, dont vous ririez vous-même, vous versez dans l'ineptie et manquez à coup sûr le premier socle de votre fonction de thérapeute.

L'Harmonie H.P.L. :

Si les hasards d'une promenade conduisent vos pas vers le Pavillon Bleu, vous serez surpris d'entendre des sons plus ou moins harmonieux. C'est une gamme qu'un saxo essaye laborieusement de composer, imité par une clarinette ou un piston, tout cela dirigé avec tact et patience par un Monsieur grand et élancé. Pour si paradoxal que cela paraisse dans une maison où l'on a tout osé, l'Harmonie H. P. L. est née.

L'H. P. L. a 20 ans :

A la première visite du Docteur Ueberschlag au pavillon II, on l'accueillit en ces termes : « Ah ! c'est toi le nouveau médecin-chef ! Approche donc un peu que je te casse la gueule ! » Pour la vérité de 1958, j'avoue que 99 % de ses pensionnaires se « feraient maintenant casser la gueule » pour lui, et je réserve 1 % en y englobant ceux dont la maladie mentale en crise aiguë obscurcit la claire notion des faits.

1959

La Kinésithérapie à Lannemezan se présente comme suit : 8 moniteurs et 22 monitrices s'occupent d'un peu

plus d'une centaine de pensionnaires, hommes et femmes, répartis en 8 groupes, s'échelonnant de 0 à 7, chaque pensionnaire restant constamment étudié pour accéder à un groupe supérieur dès que possible, le plus haut niveau débouchant sur le travail... Les malades mentaux du plus bas niveau, font partie intégrante de l'hôpital. Instinctivement ils sentent qu'on s'occupe d'eux, qu'ils ne sont plus des laissés-pour compte.

Le 27 juillet dernier fut créée sur l'initiative du médecin-chef du service femmes, l'Ecole Ménagère de l'H. P. Bien modeste école encore pour le nombre, avouons-le puisque nos jeunes compagnes se comptent sept ! Ces jeunes filles furent choisies en fonction de leurs capacités d'adaptation scolaire.

Année 1960

Le pensionnaire et l'argent :

En donnant au pensionnaire l'occasion de savoir se servir de son argent de poche, on donne au sortant la possibilité sociale et rationnelle d'utiliser sa paie, son salaire, au mieux de sa réadaptation. Un pas plus loin donnera sans doute au pensionnaire un gain et le chapitre « activité sociale », s'inscrira normalement sur le calcul du prix de journée. Pour lui-même, le pensionnaire n'aura plus le sentiment d'être entièrement à la charge de la société, mais participera à son propre séjour. Cette mesure, quand elle sera réalisée tant à l'hôpital qu'en convalescence extérieure, exorcisera l'horreur de la maladie mentale, de son traitement. « Le malade sortant, muni d'un pécule valable, sera réhabilité à ses propres yeux tout comme aux yeux de ceux qui l'accueillent. C'est une des grâces de l'argent; rendons-la aux malades »

L'uniforme :

Lors de notre fête-kermesse du premier dimanche d'août 1959, dans l'énorme foule qui se pressait aux bords du lac, je saisis au passage : — « Tiens, dis, regarde, voilà enfin des malades de l'hôpital. » Un quidam en ces termes s'adressait au voisin en lui montrant du doigt un groupe à quelques dizaines de mètres en habits neufs, mais de coutil gris rayé. Des malades ? Peut-être, mais pas de l'H.P.L., car près de ces « perspi-

caces » personnes, il y avait certains d'entre nous, malades de l'H.P.L. Toutefois, nous étions inaperçus et surtout plus corrects en n'épiloguant pas sur ce que nous ne connaissions pas !

Tout ceci pour signaler simplement le mauvais côté de la tenue uniforme, source de dépersonnalisation et rejetant l'individu dans son isolement, dans son état d' « étranger » aux autres.

Repensons maintenant aux premiers débuts de la chorale, et combien nos camarades insistaient pour avoir l'uniforme de la chorale, jupe plissée bleu marine, corsage blanc, béret bleu pour les dames, complet bleu, pompons et bérets bleus pour les messieurs. Et là, nous avons sûrement la bonne conception de l'uniforme, c'est-à-dire l'habit qui donne la fierté d'appartenir à un groupe, qui distingue du copain qui ne sait ou ne peut pas chanter et qui ne se produira pas, lui, sur la scène, qui somme toute ne saurait prétendre à la place d'honneur que vaut ce port de... l'uniforme.

Année 1961

Le Judo à l'H.P.L. :

Il y a environ six mois, sur l'impulsion d'un interne particulièrement actif et dynamique, le judo faisait son entrée dans le cadre des activités sportives de notre H.P.L. Bientôt eut lieu le premier passage de grade, sanctionné pour les lauréats par le droit au port de la ceinture jaune. Entre temps, la section avait vu s'opérer en elle des changements : de nouveaux adhérents s'étaient présentés nombreux, et la cité amie elle-même envoie maintenant son contingent de judokas, dont certains chevronnés .Le club comprend aussi une section féminine.

L'assemblée plénière annuelle :

Avoir global de l'Amicale :

— Deniers	5.000.000
— Matériel	5.300.000
— Stock	2.200.000

Visites et visiteurs :

Nul doute que les gens du dehors ont abandonné depuis longtemps l'appréhension qu'avant 1950 leur

causait la Demie-Lune, pour ne garder à l'heure actuelle, que le plaisir procuré par nos parcs et nos jardins. Seulement, d'aucuns tendent à le considérer comme un jardin public... sans gardiens. Est-ce que l'ami Joseph ne me disait pas voici quelques jours, se trouver dans l'obligation de refaire des poubelles en grillage, et d'y mettre un système de sûreté, le système avait plu et on s'était servi. De même, il est bien difficile encore de faire respecter les fleurs, et là, n'en déplaise à quiconque, les pensionnaires se montrent beaucoup plus raisonnables que leurs visiteurs. Et que de gens qui viennent pique-niquer, encore heureux si les plus gros déchets sont rangés...

Et que les pensionnaires évidemment fassent effort eux aussi, qu'ils ne compromettent pas l'œuvre commune.

Une liberté ainsi gagnée que garantit une discipline librement consentie nous semble la meilleure possibilité de réadaptation pour les pensionnaires, mais aussi une source féconde d'avantages matériels et moraux pour ceux qui n'ont plus de préjugés à fréquenter les malades, leurs lieux et leurs jeux.

REUNIONS DE GROUPE

Ces réunions, qui ont lieu de 20 à 23 heures, dans la cave dite de relaxation et de déblocage où se déroulaient ordinairement chaque jeudi celles du personnel médical et des moniteurs, ont groupé les membres du bureau de l'Amicale auxquels s'étaient joints bénévolement quelques pensionnaires, généralement les plus anciens; elles rassemblaient donc environ soixante-dix pensionnaires des deux sexes qui avaient connu l'évolution de l'hôpital, y assistaient également le Médecin Directeur et le Surveillant Général.

Comme nous l'avions annoncé au Président de l'Amicale des Pensionnaires, notre travail avait pour objet de retrouver les conditions de vie à l'H.P.L. depuis son ouverture en 1938 et bien entendu, les pensionnaires étaient libres de refuser leur participation.

Nous avons contaté qu'une vingtaine de malades au maximum avaient disparu de l'auditoire au fur et à mesure des réunions, défection en partie comblée d'ailleurs par la venue de nouveaux participants. Nous avons également remarqué que sur une assemblée mixte d'une soixantaine de personnes, une quinzaine d'hommes avaient pris la parole, mais seulement une femme.

Nous avons commencé par leur demander s'ils pensaient « former une société » formule qui ne suscita aucun écho, mais tous nous confirmèrent qu'il existait bien « une vie de groupe », une « vie sociale ». Existence d'une vie de groupe, oui, mais à quand remontait-elle ?

Pour une bonne moitié d'entre eux, à la création de « Minerve », le journal mensuel de l'H.P.L., ou à celle de l'Amicale, ces deux faits datant de juillet 1950; pour les autres à l'apparition des ateliers, l'ouverture des portes ou encore l'organisation des loisirs.

Pourquoi estimaient-ils que la vie sociale n'existait pas auparavant ? Et voici deux réponses : — « *Avant, le pensionnaire pouvait faire n'importe quoi, mais on*

pouvait lui faire n'importe quoi. » — « *C'était un milieu de voyous, maintenant on se respecte davantage.* »

A quoi attribuaient-ils cette évolution du milieu hospitalier ? Aux sanctions, à l'ouverture des portes, à l'ergothérapie, à une transformation du malade mental lui-même ? Non, comme tous nous l'ont dit, cette transformation s'est opérée grâce au *climat de confiance* qui s'est établi avec la présence du Médecin Directeur. — « Nous avons eu la *justice*, aussi bien envers les pensionnaires qu'envers les infirmiers, ce qui a profondément modifié les relations pensionnaires-infirmiers. »

Qui dit justice, dit faute de l'individu qui justifie le caractère rétributif de la peine prononcée comme sanction de l'acte réprouvé par le milieu; quels étaient ces actes ?

En premier lieu, les *coups aux infirmiers :* cet acte visait de préférence un infirmier isolé et avait la valeur d'un défi aux « blouses blanches » qui d'ailleurs se défendaient en cravatant « l'agité » avec une serviette et l'étranglaient à moitié avant de le mettre en cellule, le « tarif » étant de 30 jours de cellule avec paille. Cette sanction était appliquée sans essayer de discerner les raisons de cette aggressivité. Le rappel de cette peine amena d'ailleurs des protestations de l'assemblée qui la jugeait excessive et une remarque fort plaisante d'un délégué présent qui nous dit qu'à la même époque il avait fait 14 jours de cellule pour un coup de pied au Médecin Directeur et s'était étonné de cette clémence relative.

Les *bagarres et coups entre pensionnaires* étaient très fréquents également, et là aussi, les antagonistes se retrouvaient tous en cellule avec la même peine, quels que soient les motifs de la dispute et les torts respectifs de chacun.

Le *bris de carreaux* était aussi considéré comme un délit et puni. Ainsi l'un des délégués, léger débile pervers, expert en bris de vitres avait été pour ce motif plusieurs fois conduit en cellule mais récidivait; il avoue avoir cessé le jour où il a été « dressé » par un choc électrique aux jambes. La raison de ces bris de vitres si fréquents ? tout simplement, le mécontentement qu'engendrait chez lui, le fait de ne pas obtenir le morceau de pain ou de

viande qu'il désirait. Tous ces actes asociaux étaient pratiquement journaliers au temps où les portes des pavillons restaient fermées.

L'*excès de boisson* fut également puni sévérement, nous dit-on, et un malade avait eu en cellule, 117 piqûres; l'énoncé de cette sanction, et les circonstances nous ayant paru assez troublantes, nous avons décidé d'interroger individuellement ce pensionnaire.

La liste des actes reconnus comme possédant un caractère délictuel pour eux semblant épuisée, nous avons demandé s'ils existaient toujours :

— « Pratiquement plus, les fautes sont devenues plus graves qu'avant, nous avons le sentiment d'être devenus adultes. »

— Est-ce qu'à l'époque, les entrants étaient mis au courant de ce qui était alors considéré comme délit et de la sanction qui y correspondait ?

— « On ne le mettait pas au courant, mais cela se savait, comme l'existence des chocs électriques à partir de 1945. »

— Qu'est-ce qui entraîne maintenant la condamnation morale des pensionnaires ?

— « Le refus de travailler : maintenant on n'a plus le droit vis-à-vis des autres de ne pas se rendre utile à la communauté dans la mesure où la maladie vous en laisse les moyens. »

— « Le bruit, surtout la nuit est inadmissible, les travailleurs ont besoin de repos. »

— « La saleté sous toutes ses formes, comme cracher par terre, faire des graffiti sur les murs, est reprouvée, et on comprend alors facilement leur juste mécontentement quand ils apprirent que tout dernièrement, un touriste, s'était permis d'uriner près de la porte d'entrée de l'Hôpital en plein jour.

2e Réunion :

L'entretien s'engage sur la dissemblance des pavillons qui, comme le groupe le confirme, existe encore, un peu comme un vestige des années de début, et à ces pavillons se rattache une étiquette :

— Pavillon I Hommes : les Bourgeois.

— Pavillon II Hommes : les Durs.

— Pavillon III Hommes : les Demi-durs.
— Pavillon IV Hommes : les Gâteux.
— Pavillon V Hommes : les Travailleurs.
— Pavillon VI Hommes : les Tuberculeux.
— Pavillon VII Hommes : la Ferme..

Le 1er Hommes est aussi considéré comme une porte de sortie en même temps que d'entrée. Au pavillon V, celui des travailleurs, s'attache la notion de liberté due au travail, mais aussi celle de résignation, car le pavillon V est éloigné du pavillon I.

Chez les Femmes, il semble y avoir beaucoup moins de différence entre les pavillons sauf en ce qui concerne le Pavillon I qui abriterait une sorte d'aristocratie : « ces dames » du I ne travaillent pas ou ne s'occupent que de décoration, ont leur place réservée à la messe, et quand on demande pourquoi il en est ainsi au Suisse, il ne peut que répondre : « Je ne sais pas, cela a toujours été ainsi. »

Le Pavillon II Femmes, comme chez les Hommes, garde une réputation d'ancien quartier cellulaire.

Comment se sont aplanies ces différences ? — « La compartimentation a éclaté avec les promenades et surtout la spécialisation des ateliers qui groupent des pensionnaires des différents pavillons. »

En revenant au rôle de la *confiance* accordée au malade dans le développement de la socialisation, notion qui s'était dégagée lors de la précédente réunion, le groupe traduit en quoi consistait cette confiance par quelques faits :

— « Le personnel n'avait plus tous les droits. »

— « On nous a donné des outils avec lesquels on pouvait travailler, on a un ouvrage à faire. »

— « Il y a eu une augmentation de la liberté et nous n'avons pas trahi la confiance qui nous était accordée, les évasions ont diminué. » Ici se place la narration d'une évasion un peu particulière : un pensionnaire désirait aller à la fête de l'H.P.L. et l'autorisation lui fut donnée en échange de sa parole de ne pas profiter de cette liberté pour s'évader; il tint parole, rentra au pavillon vers 4 heures du matin, mais s'évada du pavillon au petit jour.

Il était également convenu que les fêtes seraient supprimées si les pensionnaires étaient incorrects ou s'enivraient, et il faut rapporter qu'il n'y eut jamais le moindre incident, les pensionnaires préférant faire leur police eux-mêmes.

Nous avons eu la curiosité de demander quel rôle d'après les pensionnaires, pouvaient avoir les neuroleptiques sur l'agitation, et par conséquent, l'ambiance du pavillon. Là, se sont dégagés plusieurs points de vue qui nous paraissent intéressants à relater :

— la plupart pensent que les neuroleptiques ont supprimé ou suppriment le caractère spectaculaire de l'agitation.

— certains considèrent que dans les cas chroniques, une dose relativement massive inhibe ce qui reste de la volonté du malade mental et qu'une dose moyenne est souvent inefficace car le malade laisse au produit pharmaceutique, le soin de le guérir.

— par ailleurs, il en existe qui considèrent les médicaments comme une atteinte à leur liberté au même titre qu'une coercition physique et luttent contre la drogue administrée. Ainsi, Mlle M... nous dit que dans un H. P. où elle a fait précédemment un séjour, et où elle n'avait confiance ni en les médecins ni en les infirmiers, elle avait une amie qui sortait le dimanche et chaque fois qu'elle était seule, elle s'agitait au point qu'on la camisolait sans grand résultat d'ailleurs, car elle criait de plus belle et réussissait même à se défaire de la camisole. A l'H.P.L. également, cette caractérielle présente quelquefois des périodes d'agitation à la suite d'une contrariété et lutte contre les médicaments qui lui sont administrés, si son consentement n'est pas au préalable obtenu. Nous avons ensuite abordé le problème des vols qui sévissaient en 45-46 à tel point que la Direction se mit en devoir de faire une véritable chasse aux voleurs :

— « Il fallait faire attention surtout la nuit, certains se glissaient sous les lits, attendant qu'on soit endormi pour venir prendre l'argent que tout le monde cachait sous le matelas. » A quoi servait cet argent ? — « Surtout au marché noir qui se faisait avec des infirmiers ou des pensionnaires comme L... » Ainsi vint sur

le tapis la fameuse histoire de L... connue de tous ceux qui étaient à l'H.P.L. à cette époque. L... faisait donc du marché noir et avait amassé de très grosses sommes (200.000 fr environ), qu'il avait cachées dans un pied de chaise parmi celles qui étaient réservées aux infirmiers pour leurs repas. On ne sait pour quelle raison, mais L... avait ensuite confié cet argent à un employé de l'Hôpital, en qui il jugeait pouvoir avoir toute confiance; mal lui en prit, il ne le revit jamais.

Et maintenant le vol est-il fréquent ?

— « Non, cela ne se fait plus. » Pourquoi ? — « Les Pensionnaires ont maintenant suffisamment à manger et touchent un pécule qui leur permet de se procurer ce qu'ils désirent à la cantine. »

« Maintenant tout le monde travaille et le soir, a besoin de dormir ! »

Et le jeu ? — « Avant on faisait aux « petits paquets», maintenant cela ne se fait plus quelques-uns jouent encore à la belote, les autres lisent, regardent la télévision, discutent et vont à la cantine. »

3e *réunion :*

Nous avons tenté lors de cette réunion, d'aborder le problème de la responsabilité, si complexe et déjà si difficile à envisager pour tout être ayant toute l'intégrité de ses facultés, aussi avons-nous eu recours à des faits précis demandant plutôt une réponse très simple par oui ou par non.

Nous avons donc commencé par essayer de définir la culpabilité des fauteurs de bruit qui, comme nous l'avons souligné, semble être actuellement l'objet de la plupart des récriminations : faire du bruit est devenu l'acte asocial par excellence.

Ainsi, nous avons appris qu'une personne ayant un vasistas au-dessus de son lit dans le dortoir, le fermait systématiquement en se couchant, ce qui amenait des protestations des autres occupantes du dortoir qui désiraient de l'air la nuit, au point qu'elle fut obligée de le laisser ouvert, mais dès que tout le monde dormait, elle se relevait et le fermait en le claquant... Le groupe questionné sur la culpabilité de cette personne répondit qu'elle avait bien le droit de vouloir fermer ce vasistas,

mais que le claquer était une véritable provocation, d'autant plus que cela réveillait les autres. Elle était responsable du bruit non du reste.

Un autre fait dont se plaignent les pensionnaires est le bruit causé à 6 heures du matin alors que le lever est à 7 heures, aussi bien par le personnel qui assure la relève, que par certains d'entre eux plus matinaux qui ne restent pas au lit et commencent leur toilette. Le personnel a reçu à plusieurs reprises des observations à ce sujet et les pantoufles furent de rigueur : ils furent donc jugés coupables et imputables.

Quant aux pensionnaires matinaux, la question de la responsabilité fut débattue et aucune conclusion n'a pu être tirée dans un sens ou dans l'autre.

Il en fut de même à propos d'un pensionnaire qui parlerait constamment la nuit tout en dormant, et son imputabilité étant exclue, le problème devient purement thérapeutique.

Par contre, furent unanimement condamnées les personnes se levant la nuit pour fumer une cigarette, chose d'ailleurs normalement interdite dans les dortoirs.

Quittant le problème du bruit, nous avons proposé au jugement du groupe quelques autres faits pouvant prêter à une discussion sur l'imputabilité :

— ainsi le cas d'un jeune débile qui a l'habitude de voler les jouets de ses camarades, mais les rend aussitôt que le moniteur l'appelle par son nom, prouvant ainsi qu'il sait qu'il a mal fait, sans pour cela comprendre la portée de ses actes;

— de même le cas d'un jeune malade qui giflait sa mère lorsqu'elle venait le voir et exclusivement sa mère, mais jamais en présence d'une personne ayant une certaine autorité, et traduisait alors son aggressivité en se frappant lui-même.

Ces deux observations qui avaient été proposées par le Médecin Directeur, n'ont suscité que très peu d'intérêt de la part du groupe, la conversation tourne court. Les pensionnaires ont donc refusé ici de se prononcer sur l'imputabilité de ces jeunes malades dont les actes sortaient du Code de leur Société. Ils reconnaissent par là

former non un groupe, mais une Société qui n'a pas à juger les actes « intimes ».

Dans un tout autre ordre d'idées, nous avons tenté de connaître l'opinion du groupe sur la dénonciation, le mouchardage en particulier, faits courants dont nous avions entendu parler à diverses reprises à l'hôpital : l'un refusait de dénoncer un camarade, sa conscience le lui interdisant, l'autre dénonçait pour être bien vu des infirmiers, un autre enfin, « mouchardait », et c'est là que nous avons la surprise de voir se bâtir une définition du mouchardage : « dénoncer gratuitement et systématiquement », cette définition traduisant une volonté de nuisance manifeste qui fut pleinement condamnée par tous, tandis que la dénonciation d'un petit délit approuvée par les uns était violemment condamnée par les autres, mais il fallut s'entendre sur les faits et nous avons proposé là aussi des « petites histoires » connues de tous à l'H.P.L.; ainsi le vol de jambon à l'économat était généralement considéré comme une farce et gardé sous silence, à condition que le fruit en soit partagé par un groupe, tandis que le bris d'un carreau était dénoncé, pour la simple raison que cet acte n'apportait aucune satisfaction à l'entourage.

L'idée de responsabilité entraînant celle de sanction, nous avons demandé au groupe s'il admettait l'application de sanctions lorsqu'un individu commettait un méfait aux yeux du groupe. Si la notion même de sanction était admise unanimement et sa nécessité mise hors de doute, c'est le problème qualitatif qui fut sujet à discussion.

L'assistance fut d'abord priée de dire si l'un d'entre eux avait subi ou avait vu appliquer une sanction qu'il jugeait injuste :

— à part le cas de l'alcoolique ayant reçu autant d'injections intramusculaires, deux faits seulement furent rapportés :

— l'un concernant un pensionnaire qui estimait avoir reçu un jour une sanction disproportionnée; ne pouvant obtenir de renseignements précis du sujet lui-même, c'est le Surveillant Général qui nous a dit qu'il s'agissait d'un pithiatique qui avait adopté la position foetale, et

qu'une décharge électrique dans les jambes, appelée couramment choc conscient, avait brutalement décidé à recourir l'usage de tous ses membres. Il n'a jamais récidivé, mais reste constamment à la limite du permis-défendu, ce qui oblige à le rappeler de temps en temps à l'ordre : ainsi rentre-t-il le soir toujours le dernier de la cantine, prétextant entendre mal, jusqu'au jour où une privation de sortie le fait rentrer à l'heure avec tous ses camarades... Quand nous lui demandons pourquoi tout cela, il laisse échapper : « C'est agréable de posséder quelqu'un ! »

— l'autre, critiquant la longueur des peines qui avaient existé, jusqu'à 30 jours de cellule et de paille : ces punitions, qui se voulaient alors exemplaires étaient la seule ressource à l'époque où tous les malades étaient enfermés; là aussi nous avons dû faire appel au témoignage du Surveillant Général qui nous explique que, si elles étaient prononcées, elles n'étaient que rarement appliquées vu le petit nombre de cellules et le grand nombre de délits à tel point qu'à un certain moment, cette punition était devenue ridicule au Pavillon II : les habituels occupants de ces cellules s'étaient entendus de telle sorte qu'ils commettaient une faute justiciable de la cellule afin d'en faire ressortir assez rapidement leur camarade qui s'y ennuyait.

Il fallut pallier à cette défaillance de la cellule en tant que sanction et ce fut alors la naissance du « choc conscient ; cette version des faits amena quelques sourires malicieux mais aucune dénégation sur les lèvres de l'assistance.

Comme on peut le voir dans ces deux derniers cas, il s'agit d'une très relative lourdeur des sanctions qui sera d'ailleurs illustrée plus loin par des cas rapportés dans les témoignages individuels.

Nous avons entrepris de nous entretenir avec trois déléguées d'un pavillon de dames car il était apparu qu'à de très rares exceptions près, les femmes ne pre-

N. B. — Le « choc conscient » était un électrochoc qui, au lieu d'être appliqué sur les tempes l'était sur les jambes du fautif y provoquant une courte mais douloureuse contraction. La dose de courant utilisée était généralement la plus faible que l'appareil pouvait fournir.

naient pas la parole dans les réunions mixtes que nous avions organisées précédemment.

Nous avons ainsi conversé avec :

— *Mme V..., 71 ans, institutrice. Entrée en 1953. Syndrome de Korsakoff. Gros déficit mental.*

— *Mlle M..., 39 ans. Entrée en 1959. Etat dépressif profond secondaire à un psychose puerpérale.*

— *Mme M..., 70 ans. Entrée en 1952, veuve d'un avocat. Etat de surexcitation physique avec délire polymorphe à thème mégalomaniaque. Probabilité d'un Tabès ancien.*

Questionnées sur l'ambiance générale du pavillon depuis leur entrée dans l'H.P., elles nous ont appris qu'à leur arrivée l'établissement ressemblait énormément à une prison, avec ses portes continuellement fermées et le bruit des clés dans les serrures ouvrant et refermant immédiatement chaque porte.

A la même époque, elles vivaient dans une salle de jour où les bancs, uniques sièges étaient éloignés du mur afin qu'on ne puisse les salir en s'y appuyant. C'était alors également le règne du quart et des assiettes en métal.

La fourchette apparut en 1955, le couteau en 1957, et jusque là c'étaient les infirmières qui passaient pour découper la viande.

Le travail organisé en ateliers ne débuta qu'en 1956 et tout le monde portait des robes grises.

Le réglement intérieur du pavillon était très sévère, tout était minuté, et la camisole employée jusqu'en 1957.

Tout ceci a évolué, chaque convive a son couvert complet, les assiettes sont en faïence, et il existe des verres.

Chaque pensionnaire peut garder ses vêtements personnels et à défaut revêtir une robe convenable : il n'y a plus d'uniforme.

Les bancs ont été remplacés par chaises et fauteuils, la salle de séjour est peinte avec des couleurs vives, des plantes vertes ornent les coins, une plus grande liberté est accordée.

Quand on leur demande les améliorations qu'elles désireraient, on note essentiellement un élargissement

de leur horizon, en ce sens qu'elles aimeraient avoir plus de contacts entre dames de pavillons différents et également avec les pavillons Hommes, tandis qu'à l'intérieur même du pavillon elles auraient plaisir à pouvoir arranger chacune un petit coin personnel, ne serait-ce qu'une ou deux photos posées sur la table de nuit.

Dans le même ordre d'idées, elles regrettent l'excès d'autorité du personnel qui fait « qu'on se sent comme des écoliers » — « On nous dit ce que nous devons faire et ne pas faire, les places à table et au dortoir sont imposées, ne tenant pas compte des affinités personnelles. » Un autre vœu est aussi émis, demandant à ce qu'on ne place pas de jeunes filles dans le pavillon, ces dames supportent mal leur turbulence.

Témoignages individuels :

Il nous paraît instructif de placer après ces quelques lignes, l'entretien en tête à tête que nous avons eu avec l'une de ces dames en l'axant sur les causes possibles de mésentente dans un pavillon, et leur éventuelle évolution dans le temps.

Ainsi, dans les années suivant son entrée, la cause la plus fréquente de mésentente voire de disputes, étaient due à la jalousie qui se manifestait en maintes occasions, aussi bien pour la possession d'une serviette ou d'un couvert, que celle d'une jolie robe; de même, un groupe était jaloux de la personne qui pouvait recevoir quelques paroles gentilles de la part de la Sœur ou du Médecin.

Les bris de carreaux étaient courants, il y avait un « milieu de filles dévergondées »; mais il faut souligner que les disputes avaient lieu plus souvent avec les infirmières qu'entre pensionnaires et se traduisaient par injures et même gifles qui étaient allées jusqu'à atteindre l'une des Sœurs.

Par contre, il ne semble y avoir aucun souvenir de vol ni de jeu avec mise d'argent. Maintenant, ces querelles ont pratiquement disparu, il existe une égalité de situation entre malades, tout le monde possède un vestiaire convenable, les causes de jalousie sont plus rares et « on fait moins attention à cela ».

Le bris d'un carreau est maintenant considéré comme un acte réfléchi, la saleté est jugée inadmissible et sou-

vent dénoncée. Le travail est admis comme un dérivatif à la maladie mentale et le refus du travail assimilé à une atteinte aux règles élémentaires de la vie en commun.

L'ambiance du pavillon a également évolué avec l'arrivée du poste de télévision qui a supprimé parlottes et jeux de cartes dans cette salle, alors qu'à côté peuvent, à loisir, bavarder celles qui le désirent, car maintenant « on éprouve le besoin de s'épancher ».

Si on essaye de définir les causes profondes de cette évolution indéniable, il semble que celle-ci soit redevable aux thérapeutiques médicamenteuses, d'une part, à l'ergothérapie d'autre part, et également à une meilleure compréhension de la part du personnel, une amélioration du confort entraînant celle des rapports interhumains qui conditionne l'ambiance même du pavillon.

De la juxtaposition des résultats de ces deux conversations, il ressort essentiellement que dans un certain sens, plus le cercle féminin est élargi, moins on obtient de faits précis, la conversation se cantonne aux banalités, le rythme même de l'entretien est ralenti. On peut supposer que les femmes craignent d'émettre une opinion personnelle qui risque de ne pas avoir l'approbation des autres interlocuteurs contrairement aux hommes qui ont plutôt une tendance à s'échauffer et à transformer un bavardage en véritable discussion.

Cet entretien, comme ceux que nous allons rapporter, a eu lieu en tête à tête, dans un bureau ou dans la salle de séjour, à l'intérieur d'un pavillon, ou tout simplement la conversation s'est déroulée à l'extérieur au hasard de nos allées et venues, car nous nous sommes efforcés de jouer un rôle de reporter et non de Médecin. Nous avons cependant choisi comme interlocuteurs, de préférence des pensionnaires ayant subi pour des motifs divers, des sanctions, et nous les avons interrogés au moins à deux reprises.

Nous allons entendre maintenant le témoignage de P..., 25 ans, dont c'est le 16e *séjour en service libre pour des épisodes cyclothymiques, et qui a donc vécu l'évolution de l'hôpital de* 1955 *à aujourd'hui. Nous eûmes avec lui, plusieurs entretiens en tête à tête, mettant à profit sa coopération et sa clarté d'esprit.*

Nous lui avons d'abord demandé comment était vécue l'entrée à l'H. P. :

— « Très bien, j'étais volontaire pour venir ici, cela m'apparaissait comme des vacances, mais il existe effectivement un traumatisme à l'entrée. » Ne soyez pas étonnés de ce langage, il est celui d'un étudiant très familiarisé avec les problèmes psychiatriques, car ses facultés intellectuelles n'ont guère souffert de son état qui s'apparente plutôt à une névrose, et il est l'un des principaux animateurs des réunions de délégués.

A quoi est dû ce traumatisme ? « Essentiellement aux propos des autres pensionnaires qui interprétent le séjour en H.P. comme un coup monté par leur famille ou la Société en général, et se sentent donc injustement internés. Ce sentiment d'injustice se traduit souvent à l'entrée par un refus de travailler inspiré par un désir de défi, de vengeance envers toute structure organisée, sociale en un mot, car il leur paraît que c'est la Société qui a voulu se débarrasser d'eux.

Cette attitude de défi se prolonge très fréquemment par une régression voulue, consentie, qui se traduit par un repli sur soi-même ou une attitude agressive, refusant au maximum tout contact, toute activité sociale ».

Ainsi P... n'acceptant pas de participer à une ergothérapie correspondant à son niveau se vit affecté à « l'équipe des brouettes » qui est habituellement considérée comme un moyen de « déblocage » s'adressant principalement aux débiles ne pouvant assumer une activité plus élevée et aux schizophrènes enlisés ou agressifs. P... eut d'abord un sentiment de dévalorisation intense qu'entraîna un mouvement de révolte sanctionné par un choc conscient que rétrospectivement il juge « abaissant » : — « c'est comparable à une taloche qu'on donne à un gosse. » Ensuite, ce fut la honte de se voir, par sa faute, descendre à ce niveau, et il entreprit de lui-même de faire un effort nécessaire d'abord pour accomplir la tâche qui lui était impartie afin de pouvoir par la suite demander à être affecté à un travail qui l'intéressait beaucoup plus. Ne s'est-il pas laisser momentanément au moins aller au désespoir en se trouvant dans cette situation qu'il jugeait dégradante ? — « Non, je l'avais

voulu, et j'ai toujours gardé confiance, je savais qu'il me suffisait de montrer ma bonne volonté pour obtenir ce que je désirais. Il n'existe pas non plus de peur du gendarme, on sait à l'avance de qui est interdit, et d'ailleurs on n'a pas du tout l'impression d'une ambiance de prison, on se sent libre et en cas de faute, on sait que l'indulgence est presque automatique. »

Pourtant, vous avez fait l'expérience de la cellule ? — « Oui, dix-sept jours de cellule, à une période où j'étais impossible, lors d'une de mes crises. Je le sais, je m'en rends très bien compte maintenant, j'étais très agité, je réclamais sans cesse des médicaments qui ne me faisaient rien, j'en refusais d'autres, je réveillais tout le monde la nuit. » — « Après deux ou trois jours de révolte, j'ai réfléchi et compris que je devais être isolé du reste du groupe ». Vous avez vécu cela comme une injustice ? — « Non, j'ai vu que cela était nécessaire vis-à-vis du pavillon que je perturbais », et à ma demande, il m'a affirmé qu'il n'avait pas vécu cet isolement comme une expiation, un rachat vis-à-vis de ses camarades, mais bien comme une mesure médicale, thérapeutique.

Par contre, comme nous le sentions, il a avoué que toute sanction était bien ressentie comme telle, car en rejoignant son groupe habituel, il essayait de fanfaronner ce qui extériorise bien une petite blessure d'amour-propre.

— « En dehors des paroxysmes mêmes, on sent qu'on nuit au groupe. » Comment ? — « D'abord, par soi-même, on sait qu'on ne devrait pas le faire, et également par l'attitude du groupe. » Ainsi, me dit-il : — « Lors du début de mes périodes d'agitation, je plaisantais, je chantais, ce qui distrayait le groupe et entraînait même des encouragements, mais je m'excitais moi-même, et rapidement, le groupe par son attitude de réprobation me montrait que je dépassais les limites, mais je ne pouvais plus m'arrêter. »

Revenant sur la période où il faisait partie du terrassement, nous lui avons demandé ce qu'il pensait à ce sujet de l'individu qui refusait de travailler, et qui pouvait être l'objet de moyens coercitifs; « pour le terrassement, on pense qu'on ne devrait pas le forcer à tra-

vailler, mais le sentiment qui l'emporte de loin c'est : — « après tout, il n'a qu'à faire comme nous. »

Evoquant toujours ce chapitre des sanctions, nous sommes nous enquis de l'existence de récompenses, de sanctions positives ou jugées telles : ce sont le droit de participation à une activité professionnelle désirée, de faire des excursions, d'être admis à la chorale ou dans les équipes sportives qui effectuent assez fréquemment des déplacements, la possibilité de publier dans Minerve aussi bien des articles, des poésies que des histoires drôles dont les meilleures obtiennent d'ailleurs des prix en espèces. La cantine, le cinéma, le bal ne sont donc pas des récompenses ? — « Non, ce sont les distractions normales de la vie courante; c'est leur suppression qui est considérée comme une sanction. »

Ayant appris qu'il avait rédigé pour Minerve un article intitulé « Vive la vaisselle » sur un ton qui sentait la satire, nous l'avons prié de nous expliquer ce qu'il avait voulu dire : — « En soi-même, faire la vaisselle a d'abord été considéré comme un amusement, mais cette impression a rapidement fait place à celle d'une punition. » Pourquoi ? — « Cette occupation prenait trois quarts d'heure sur les loisirs et le repos accordés entre les repas de midi et la reprise du travail. »

Abordant le problème du rôle joué par le médecin-chef, nous apprîmes que pour P..., le médecin était à la fois plus qu'un père par son état de médecin à qui on peut parler de tout et moins qu'un père en ce sens que les liens affectifs sont moindres. D'autre part, le médecin ne représenterait pas la loi, mais l'autorité paternelle.

Si l'H.P. ne respire pas une ambiance de prison, et que l'on peut même s'y sentir parfois « comme en vacances », ne risquerait-il pas de favoriser une adaptation telle qu'on puisse arriver à le considérer comme un cadre normal ? — « Oui, il existe une certaine adaptation justement favorisée par un aspect des plus proches de la vie à l'extérieur avec ses ateliers, son bar, son cinéma, ses salons de coiffure, et qui peut amener l'incrustation dans l'hôpital. On s'y sent protégé et pour celui qui a le goût de la facilité, une certaine peur des responsabilités, la vie hospitalière peut devenir une fin

en soi. Certains pensionnaires ont d'ailleurs acquis le droit et le devoir d'assumer de grosses responsabilités aussi bien dans les ateliers que dans les bureaux et croient avoir une vie normale, se cantonnent dans ce rôle qu'ils ont fait leur et ne cherchent pas d'issue. Mais ne serait-ce que la vue des autres pensionnaires autour de soi, montre que le milieu est différent de celui de l'extérieur, qu'on ne mène pas une vie normale. Ce milieu paraît artificiel, beaucoup plus en sortant de l'hôpital qu'en y entrant, et on a l'impression d'être ici une roue de secours, au lieu d'être, comme à l'extérieur, un rouage dans la Société.

P..., 53 ans. Entré en 1939 : séquelles d'encéphalite. Sujet instable, caractériel qui a commis des vols, fait des fugues. Il a fait des séjours dans les hôpitaux psychiatriques de Poitiers, Bordeaux, Nancy et Sarreguemine. Depuis son entrée à l'H.P.L. on note une évasion en 1952, Il est réputé comme revendicateur, joueur et voleur.

— « La vie du pavillon à mon entrée en 1939 ? Continuellement des bagarres, certains avaient des impulsions, les nerfs tendus. C'était la loi du plus fort et on avait faim.

Vous avez été puni pour des disputes ? — « Oui, 9 jours de cellule et de paille parce que dans la bagarre il y a eu un carreau de cassé, »

Pour quelle raison cette bagarre ? — « J'avais pris une pêche à un pensionnaire qui avait reçu un colis. »

Vous avez été puni pour des vols. — « Une fois, j'avais volé un lapin, les infirmiers m'ont cassé plusieurs côtes. »

Vous avez fait plusieurs fois de la cellule, qu'est-ce que cela vous faisait ? — « Rien, la nourriture était la même, on s'abrutissait et on ne pouvait plus jouer aux cartes avec les copains, c'est tout. »

Et les chocs conscients ? — « Je n'en ai jamais eu. »

Vous travaillez à l'H.P.L. ? — « J'aide le chef d'équipe du terrassement. » Mais vous connaissez alors S... qui a eu un choc (S... est un grand schizophrène qui, dans l'H.P., d'où il vient, était continuellement attaché, car il profitait de la moindre liberté pour frapper les

infirmiers, casser des carreaux...) ? — « Oui, il refusait de travailler et se battait avec les infirmiers. »

Vous trouvez cela normal ? — « Cela fait marcher droit et sert d'exemple pour les autres. *Le plus idiot comprend qu'il ne doit pas recommencer.* Moi, il m'aime bien, j'en fais ce que je veux par la douceur, il transporte les brouettes et on fait des concours de 100 m — Et tous les matins, je suis d'abord chargé d'aller habiller 4 ou 5 gosses dans le pavillon à côté, j'ai même la clef. »

Et pour qu'on ne puisse en douter, il la sort de sa poche et nous la montre.

N..., 24 *ans. Entré en* 1960 *pour état d'excitation verbale et motrice développé au cours d'une sinistrose-revendicateur, graphorrhéique. Fausse tentative de suicide avec plaie superficielle. A tenté une évasion.* 1 *choc pour comportement hystérique.*

Le sujet, employé comme peintre à l'H.P.L., ne veut avouer ni le motif de son évasion, ni la sanction subie, ne reconnaît pas avoir été forcé à travailler et à propos de la tentative de suicide : — « Je voulais me tuer, je ne suis pas fou, j'ai bien voulu me tuer. » C'est tout ce que nous avons pu tirer d'un interrogatoire pendant lequel il ne fut question que de son accident, de ses revendications.

P..., 42 *ans, entré en* 1950 *pour alcoolisme invétéré. Deux sorties d'essai ont échoué par suite de récidive. Il s'agit ici du malade qui aurait, d'après la première réunion de groupe, reçu* 117 *piqûres.*

Il ne fit aucune difficulté pour nous raconter son histoire :

« J'avais une permission d'une demie journée, j'avais de l'argent et je suis descendu à Tarbes, où j'ai « fait la foire » pendant huit jours de suite. Je suis rentré à l'H.P.L. quand je n'ai plus eu le sou. J'ai bien reçu 117 piqûres en cellule, 5 ou 6 par jour.

— Qu'est-ce que c'était comme produit ?

— Cela, je n'en sais rien.

— Vous pensez que c'était pour vous désintoxiquer?

— Sûrement pas, c'était une punition.

— Vous avez cessé de boire à ce moment-là ?

— Non, mais j'y suis arrivé tout seul, il y a quatre

ans; j'ai cessé complètement pendant dix-huit mois.

— Avec l'aide de médicaments ?

— Sans médicaments; d'ailleurs, on avait essayé l'Espéral et, suivant la dose, soit cela ne me faisait rien, soit je délirais, j'avais des cauchemars, je cassais tout et on a dû arrêter le traitement. »

Renseignements pris auprès des infirmiers, les faits sont exacts, personne ne se souvient du contenu des piqûres, il s'agissait bien d'une sanction et non d'une thérapeutique, toute thérapeutique essayée s'étant avérée inefficace ou dangereuse pour P...

M^lle B..., 20 ans, a fait plusieurs séjours en H.P.L. pour hypomanie discordante qui avait motivé une cure de Sakel. A signaler deux évasions en stop. Se présente actuellement plutôt comme une caractérielle.

Un matin, M^lle B... se moque de l'infirmière, refuse obstinément de travailler aux champs, reçoit un choc qui lui fait dire : « Je m'en moque. » Un second, plus intense, l'amène à accepter cette occupation. L'après-midi, voyant le Médecin Directeur, elle lui dit : « Vous savez, ce ne sont pas les chocs qui me font travailler. »

Nous rapportons ainsi ce fait car nous y avons assisté et que M^lle B... n'a pas voulu en reparler. Toujours est-il que, depuis lors (plusieurs semaines) il n'y a plus eu d'incident quelconque.

De..., 38 ans. Entré en 1941 pour débilité, actes médicolégaux (vols), tendances perverses. On note trois évasions en 1948-49 et 1958, et l'appréciation du chef de pavillon est : instable, menteur, insensible. Embête les plus faibles et les plus âgés.

Il s'agit de celui qui cassait les carreaux chaque fois que la portion de nourriture qu'il convoitait ne lui était pas donnée, et qui avait un jour donné un coup de pied au Médecin Directeur, comme nous l'avons relaté précédemment. C'est « La Fauvette » des journaux muraux.

Interrogé sur ses évasions, il nous apprend qu'il en a tenté sept à l'époque où les portes des pavillons étaient fermées et chaque fois fut mis en cellule.

Une huitième tentative eut lieu alors que les portes étaient ouvertes, mais il avait été entraîné par un copain

qui désirait sa compagnie essentiellement parce qu'il avait de l'argent.

« — Vous vous disputiez souvent aussi, pourquoi ?

— Pour du pain, des cigarettes, une place à table, un couvert, et puis aussi au jeu.

— Pourquoi un couvert ?

— A un moment, vers 1947, il y avait des cuillers, mais beaucoup sans manche, et on se disputait pour en avoir une en bon état.

— Vous faisiez se disputer les autres aussi ?

— Oui, quand ils étaient plus forts.

— Vous ne vous battez plus maintenant ?

— Non, je n'ai plus assez de force.

— Vous ne cassez plus de carreaux ?

— Non, j'ai été dressé par l'électricité !

— Vous voliez aussi ?

— De l'argent, du tabac, mais il y avait la fouille. Et puis, comme cela, L... me protégeait. (L..., pour qui il volait, était un des « caïds » du pavillon II).

— Et maintenant ?

— Je ne vole plus, j'ai de l'argent, et il y a des distractions. »

Pour nous prouver ses dires, il sort de son portefeuille plusieurs billets de 10 NF.

— Il n'y a plus de disputes dans les pavillons, mais dans les ateliers ?

— « Quelquefois, pour un pinceau, ou parce qu'il y en a qui ne veulent pas travailler. »

E..., 31 ans. Entré en 1948 à Pau, vient à l'H.P.L. en 1957, retourne à Pau de 1957 à 1962, et le revoilà à Lannemezan à la suite d'une encéphalopathie.

Déséquilibré avec atrophie cérébrale. Très impulsif.

— Vous avez déjà été en cellule ?

— « Oui, souvent ».

— Pourquoi ?

— « Parce que je faisais le malin, ici cela ne marche pas. »

— Vous avez fait une fausse crise d'épilepsie ?

— « C'est cela. »

— Et pourquoi avez-vous donné un coup de canne à billard sur la tête d'un camarade ?

— On m'avait dit que je passerais du pavillon I au II, et j'étais en colère.

— Il ne vous avait rien fait ce pensionnaire ?

— Non, mais il se trouvait là à ce moment-là.

— Vous travaillez où ?

— A la peinture d'abord, et maintenant à la patisserie.

— La cellule, c'est pénible comme punition ?

— On s'y ennuie.

— Et les chocs conscients ?

— C'est désagréable. »

R..., 53 ans. Entré à l'H.P.L. en 1949, venant de Sainte-Anne, après des séjours à Villejuif, Ville-Evrard, Fains-les-Sources.

Présente une maladie de Parkinson post-encéphalitique datant de 1920. Déséquilibre mental caractérisé par des tendances perverses, de l'impulsivité et de la multi-délinquance.

« — En 1949, à votre entrée, comment se passait la vie dans les pavillons ? C'était la loi du plus fort ?

— Oh ! oui, il y avait tout le temps des disputes à cause du jeu; à cause des Noirs qui sont venus, parce qu'on n'avait rien à faire.

— Et les vols ?

— On volait car on n'avait pas d'argent, on nous mettait en cellule.

— Qu'est-ce que vous faisiez de cet argent ?

— On achetait des vivres à L... qui sortait et nous les procurait.

— Quelle est la punition que vous redoutiez le plus ?

— La suppression de la permission du dimanche.

— Qu'est-ce que vous pensez de ceux qui ne veulent pas travailler ?

— Si quelqu'un ne veut pas travailler, cela ne me regarde pas... Il réfléchit quelques instants, et : « Quand on ne sait pas le faire, on apprend. »

— Les punitions sont-elles plus dures, plus fréquentes maintenant ?

— Non, il y a moins de choses défendues, on est plus surveillés et moins punis.

— Les infirmiers sont-ils plus compréhensifs ?

— Il y en avait des rosses. Maintenant... ça va; mais je n'ai plus le droit d'aller à la chorale pendant un mois parce que j'ai été pris à fumer au lit.

— Dans l'ensemble, vous ne vous plaignez pas ?

— Non, lors d'une excursion, j'ai visité l'H.P.Y..., les pensionnaires sont enfermés, il y a des évasions et ils ont du mauvais café ! »

L..., 56 ans. Entré en 1943 avec le diagnostic : pervers constitutionnel, menteur, fabulateur, voleur, tendances mystiques, puériles.

On note dans les rapports du pavillon : vols, homosexualité avec rôle passif. Evasions en 1945, 1955. Bon travailleur, mais n'aime pas qu'on lui fasse des remarques, irait même jusqu'à soulever les autres pour soutenir son point de vue. Provoque certains de ses camarades dans le but de les exciter jusqu'à ce qu'ils frappent ɔuuuoɔ nottent un mauvais geste, afin qu'ils soient sanctionnés. Aimerait à être privilégié, même au détriment de ses camarades.

— Vous travaillez dans l'hôpital ?

— Dans la culture, mais j'ai fait partie du premier atelier qui a été créé ici.

— Cela a beaucoup changé depuis 1943 ?

— Vous pensez ! Dans cet atelier, on volait des ciseaux et des marteaux pour s'évader.

— Vous vous êtes évadé en 1945, je crois ?

— Oui, et après j'avais trois infirmiers pour me conduire à la messe; maintenant, c'est moi qui fais la police à la messe.

— Vous vous êtes souvent battu ?

— Comme tout le monde, et puis on allait à la paille et on recommençait.

— Cela vous était égal d'aller en cellule ?

— *Il fallait punir ceux qui se battaient pour protéger les autres.*

— La discipline a-t-elle changé ?

— C'était très sévère, les infirmiers étaient brutaux, il y avait des disputes pour du pain, des cigarettes, de l'argent, c'était l'époque des « petits paquets ». *La vie était tellement agitée qu'on ne faisait pas attention à ce qui se passait autour de soi;* certains déchiraient volon-

tairement des draps. Il y avait du bruit et des bagarres, même la nuit. Maintenant nous avons des distractions, on travaille le jour, et on dort la nuit.

— Il n'y a plus de vols ni d'actes homosexuels la nuit ?

— Non, depuis longtemps.

— Pourquoi ?

— Cela ne se fait plus, il n'y a plus de bruit la nuit.

— Et dans les ateliers ?

— Tout le monde travaille.

— Si quelqu'un refuse de travailler, qu'est-ce qui se passe ?

— On le menace du terrassement. Et puis la discipline est librement consentie pour garder les avantages qu'on a. »

D..., 38 ans. Transféré de Toulouse à Lannemezan en 1943. *Interné à la suite de vols.*

Arriération mentale. Instabilité de caractère. Tendance antisociale.

« — Comment cela se passait-il dans les pavillons à votre arrivée en 1943 ?

— C'était fermé, il y avait encore les camisoles et les entraves. On se disputait pour du pain, des cigarettes, c'était la loi du plus fort. Après il y a eu la création des équipes extérieures.

— Vous vous êtes évadé ?

— Sept fois, j'ai fait de la cellule et j'ai même eu un choc pour ça.

— Vous n'avez plus envie de vous évader ?

— Non, on a des permissions du dimanche, on sort, et puis on me supprimerait la musique. C'est plus pareil, on mène une vie normale maintenant.

— Vous êtes allé plusieurs fois en cellule pour des bagarres, aussi ?

— Un coup de poing à un camarade qui m'avait volé 1.000 francs.

— Et dernièrement ?

— C'est pas pareil, c'est un Arabe qui m'avait lancé une pelle, on a dû me faire huit points.

— Et pourquoi ?

— Une jalousie de travail.

— Quelles sont, d'après vous, les améliorations les plus importantes ?

— Le personnel est mieux; il y a la cantine, les sorties et les excursions; *c'est la liberté la plus importante, et du coup on a peur de la cellule.* »

C..., 24 ans. Entré volontaire en 1961 pour schizophrénie évoluant depuis 1953 avec indifférence, apragmatisme.

On note plusieurs tentatives d'évasions non préméditées, sans ruse, un coup de poing à un moniteur qui avait le dos tourné.

Ce malade, très dissocié, n'a pu nous fournir que très peu de renseignements :

« — Vous avez eu un choc ?

— J'aurais préféré le Sakel, des piqûres; maintenant je suis guéri.

— Vous avez été en cellule au pavillon II ?

— Maintenant, je suis au I, c'est que je suis en voie d'amélioration. »

M^me^ A..., 62 ans. Entrée en 1938, venant de X...

Déséquilibre mental sur constitution paranoïaque. Idées délirantes de persécution, haine familiale. Activité procédurière passionnelle. Scandales. Est internée à la suite de poursuites judiciaires. Violences.

« — Est-ce que vous avez des critiques à faire sur l'Hôpital ?

— Le Directeur m'en veut, il m'a renvoyée de la messe.

— Et pourquoi ?

— Parce que je ne l'aime pas.

— Vous faisiez du bruit ?

— Non, je racontais des vérités.

— Il y a cependant des avantages ici, non ?

— Les gens sont contents, il y a des libertés, des fêtes.

— Et la discipline ?

— Il n'y a plus de camisole, ici la discipline n'est pas pénible. »

M^lle^ P..., 63 ans. Entrée en 1938 pour délire chronique de persécution; venant d'Auch, où elle avait déjà passé cinq ans. Travaillait aux champs, puis à la lingerie.

« — Vous vous êtes évadée plusieurs fois ?

— Quatre fois.

— Pourquoi ?

— J'avais envie d'être libre, de voir des parents, c'était pas normal que je sois enfermée.

— Vous aviez été punie ?

— Demie journée de cellule et huit jours au dortoir du pavillon II.

— Vous l'avez trouvée dure, cette punition ?

— Non, c'était interdit de s'évader.

— Pourquoi ne vous êtes-vous plus évadée ?

— Je suis trop âgée; maintenant, on a beaucoup plus de libertés, on peut aller au marché à Lannemezan le mercredi.

— La discipline est-elle sévère ?

— Je ne sais pas, moins qu'avant.

— Pourquoi ?

— Il y a moins d'agités sans doute, et puis du fait qu'on va dans les ateliers, même avant les médicaments.

— En dehors de la cellule, qu'est-ce qu'il y a comme punition ?

— La camisole pour les folles.

— Et l'électricité ? Vous n'avez jamais vu de camarades avoir des chocs ?

— Une fois, une folle qui cassait toujours des assiettes. Après, quand elle voyait le fil, elle disait qu'elle serait sage.

— Quel est, à votre avis, le progrès le plus important depuis que vous êtes ici ?

— L'ouverture des portes, on peut rencontrer des gens du dehors de l'hôpital. Les ateliers, les infirmes sont fiers de pouvoir y aller. »

Outre les documents précédents, nous avons jugé à la fois nécessaire et intéressant d'avoir des entretiens avec le Docteur UEBERSCHLAG, actuel Médecin Directeur, qui avait pris ses premières fonctions de Médecin Chef, en 1945, avec M. IBOS, Surveillant Général, ainsi qu'avec quelques membres du personnel qui pouvaient voir les problèmes de l'évolution de l'H.P.L. sous un angle différent de certains pensionnaires lorsque ceux-ci ne voulaient ou ne pouvaient nous l'expliquer.

Nous rapporterons donc ici les interviews du Docteur UEBERSCHLAG et de M. IBOS.

INTERVIEW DU DOCTEUR UEBERSCHLAG
Médecin Directeur de l'H.P.L.

Au cours de notre travail, nous nous sommes entretenus avec le Docteur UEBERSCHLAG, qui nous a donné des précisions sur la sanction, son but, son application, et fait quelques remarques que voici :

« En ce qui concerne le malade qui a reçu 117 injections de « substance inconnue » (c'était, je crois, du Largactil), ça s'est passé dans un service dont le Médecin Chef refusait également d'appliquer des sanctions et cette série d'injections n'a jamais été admise comme telle. En revanche, il est hors de doute que le malade les a vécues comme telles et d'ailleurs en a retiré un certain bénéfice.

» Il aurait fallu que je vous parle également d'une expérience qu'on a tentée chez les oligophrènes énurétiques en leur appliquant la méthode du reconditionnement réflexe. Je n'ai malheureusement pas poursuivi l'expérience jusqu'au bout et elle a été conduite par mes internes de façon assez désordonnée; en tout cas, ils n'ont pas exactement noté ou analysé les résultats. Quoi qu'il en soit, cela m'a permis de me rendre compte que, dans nombre de cas où l'on prend une « sanction », il s'agit moins de punir un acte que de donner à l'enfant (ou à celui qui lui est assimilable), un appui moral en lui faisant prendre conscience de l'existence d'une autorité qui définit le sens que doivent prendre les actes. Cette autorité devient le garant de la rectitude des actes et a de ce fait un effet rassurant et désangoissant.

» En ce qui concerne le résultat des réunions des pensionnaires, je suis étonné du caractère un peu rudimentaire de leurs conceptions en ce qui concerne la société, les sanctions, etc... Ce qui me frappe aussi c'est leur tranquille assurance lorsqu'ils ont une opinion quelconque en la matière; ils me paraissent être d'autant

plus assurés que leur opinion est plus frustre. Ce qui me frappe encore, c'est qu'ils en parlent avec beaucoup de naturel et comme de choses dépassées, allant de soi et sans résonance affective actuelle.

» Personnellement, je crois que l'élément essentiel, dans un ordre social, c'est la justice. A mon avis, une société naît dès qu'il y a une justice ou un système de valeurs cohérent, commun à tous ses membres. A l'hôpital psychiatrique, la société est née le jour où une même justice a régné vis-à-vis du pensionnaire comme du personnel, assurant la protection des uns et des autres contre les excès des uns et des autres. Pour qu'une société naisse, même dans un H. P., et que l'ancien « aliéné » redevienne un être social, il faut lui accorder la justice. Le traiter avec justice c'est lui affirmer — et peut-être lui rendre — sa dignité et sa responsabilité.

» En ce qui concerne plus spécialement la sanction, je pense que :

» 1° Aucune sanction n'a jamais été appliquée sans avoir été précédée d'au moins un avertissement verbal;

» 2° La sanction doit être dégagée d'affectivité en ce sens qu'elle doit être dégagée de tout élément de sadisme ou de vengeance, mais pas nécessairement de l'aspect désespéré propre à des mesures extrêmes;

» 3° Les sanctions doivent toujours être dosées, c'est-à-dire en tenant compte de la personnalité de l'éventuel délinquant ou méritant, de la nature de l'acte qui rompt l'ordre habituel des choses, et de sa répercussion tant sur les autres que sur le sujet lui-même;

» 4° Il faut qu'il y ait accessibilité à la sanction et que les sanctions physiques soient employées seulement s'il y a inaccessibilité aux sanctions psychologiques ou morales;

» 5° La sanction ne doit jamais être dégradante, mais doit régler avec une efficacité pour ainsi dire « commerciale » le conflit entre le délinquant et la Société. Et, lorsqu'il s'agit d'un « méritant », elle doit valoriser et, dans une certaine mesure, liquider son mérite sans jamais aboutir au « culte de sa personnalité »;

» 6° La sanction doit toujours être la plus rapide possible afin d'obtenir la liquidation la plus rapide pos-

sible du déséquilibre résultant du conflit ou du mérite.

» En somme, la sanction doit toujours être considérée comme un moindre mal résultant précisément du caractère nécessaire, indispensable de la liquidation du déséquilibre entre l'individu et sa société, mais compte tenu de l'état (de souffrance, d'euphorie, d'indifférence) dans lequel il se trouve, ainsi que la Société, de l'état d'urgence créé par le déséquilibre, du caractère de rapidité de la solution, de la liquidation des tensions affectives et de la sauvegarde des personnalités en cause, de l'accessibilité à la sanction et de la concordance de celle-ci avec les lois et valeurs établies. »

INTERVIEW DE M. IBOS
Surveillant Général

M. Ibos, avec lequel nous avons conversé à plusieurs reprises en visitant les ateliers, le parc, a été pour nous une autre source de renseignements car, arrivé depuis 1943 à l'H.P.L., comme Surveillant Chef, il a vécu pratiquement toutes les périodes de la socialisation, a eu un rôle très actif dans l'évolution de l'hôpital et possède une longue expérience du malade mental.

C'est à lui que nous avons demandé des précisions relatives à certains malades, au personnel infirmier et à l'organisation de la sociothérapie.

Ainsi nous sommes-nous vu confirmer le recrutement des « gardiens » pendant la guerre et leur disparition après guerre au profit de jeunes « infirmiers » plus aptes à permettre l'application d'une sociothérapie. Les attaches ont disparu en 1948 dans le service du Docteur Ueberschlag, alors que le Largactil ne faisait son apparition à l'H.P.L. qu'en 1951, et M. Ibos reste encore étonné des résultats obtenus sur le plan « agitation » bien avant l'utilisation de neuroleptiques.

C'est en 1948 également, le 1er septembre plus précisément, que fut ouvert le premier atelier au pavillon II hommes. Quelles avaient été les réactions du personnel infirmier devant la décarcéralisation et les premières tentatives de sociothérapie ?

« Au début, l'enthousiasme fut plus que modéré pour plusieurs raisons :

» Les uns voyant surtout dans ces innovations un surcroît de travail dont ils restaient pessimistes quant au résultat, les autres craignant de détacher le « fou » : « Vous voulez nous faire tuer ! » Si ce dernier motif à ne pas suivre l'élan donné a rapidement disparu à l'usage, le fossé séparant « normal » et malade mental s'est comblé plus lentement.

» Malgré parfois la passivité et le scepticisme de quelques-uns de leurs anciens, les jeunes infirmiers n'auraient eu aucune peine à adopter une attitude sociothérapique prônée et soutenue par les Médecins.

» Les sanctions envers les malades, nous a dit le Surveillant Général, n'ont toujours été prises qu'en dernier ressort après que toutes les tentatives de psychothérapie entre médecin et malade « délinquant » aient échoué et malgré la gravité parfois de certains délits, la sanction est toujours restée minime, la seule vue de l'appareil à électro-choc suffisait souvent à intimider le « délinquant ».

Enfin, nous citerons une anecdote relative aux réactions des pensionnaires devant les premières améliorations qui ont été apportées à son confort :

Les premiers rouleaux de papier hygiénique qui avaient été placés dans les W. C. ont disparu à une allure surprenante, mais leur remplacement régulier a mis fin en une quinzaine de jours à cette avidité : le pensionnaire, après avoir cru à un essai sans lendemain, savait alors, qu'il n'en serait plus privé et la consommation devint normale.

Par ailleurs, nous avons consulté divers articles et publications relatifs à l'H.P.L., émanant du Docteur Ueberschlag, les thèses du Docteur Theallet, « Le travail des malades à l'H.P.L. » (Bordeaux, 1952); du Docteur Brun-Bleuler, « A propos des conduites d'autorité de malades mentaux sur un chantier à caractère expérimental » (Toulouse, 1961); du Docteur Siméon, « L'évolution des thérapeutiques de réadaptation à l'H.P.L. » (Bordeaux, 1962), et nous leur ferons des emprunts puisque ces travaux ont tous traité de la socialisation dans le cadre de ce même H.P.L.

Enfin, nous citerons ici : « De quelques aperçus sur les problèmes juridiques posés par la subsistance de l'aptitude à la sanction chez le malade mental interné », par L.-M. Raymondis, juriste, qui connaît l'H.P.L. et a fait en 1962 une mise au point de la polémique des psychiatres qui a eu lieu en 1956 autour du problème de la sanction en H. P., soulevé par un rapport de l'O.M.S. sur l'H.P. public, qui contenait la phrase suivante :

« Il est essentiel d'encourager la bonne conduite et de punir le comportement antisocial ».

Et par l'article du Docteur UEBERSCHLAG : « Peut-on prendre des sanctions à l'égard d'un mlade mental hospitalisé ? » (*Information psychiatrique*, juillet 1954), dont nous citerons préalablement des extraits pour une meilleure compréhension du texte :

« Il nous paraît exagéré de dire qu'on punit « un malade » car, en réalité, une éventuelle sanction n'atteint pas « un malade » venant se soumettre à de courts traitements à l'hôpital, mais un malade qui demeure à l'hôpital, et cela souvent pendant des années.

» Tous les psychiatres modernes sont à peu près d'accord sur le fait qu'en psychiatrie hospitalière le principal effort doit porter sur la rééducation de l'infirme mental dont le comportement n'était pas en harmonie avec le comportement social habituel, d'autant que c'est cette dysharmonie même qui est généralement la cause de l'internement. Or, qui dit « rééducation » dit aussi « éducation » et, depuis que les Grecs en ont formulé les principes, on n'a jamais trouvé une éducation qui ne soit basée sur l'encouragement au bien et sur la punition du mal.

» Enfin, toute la psychiatrie — et même la médecine — hospitalière tend à créer une Société dans laquelle le malade hospitalisé se sentira non seulement plus à l'aise que dans un milieu inorganisé, mais dont l'organisation sera un élément essentiel de la cure. Or, là encore, et depuis l'aube de notre civilisation, l'on sait qu'il n'y a pas de Société sans pouvoir judiciaire.

» Si donc l'on veut poser le problème de la sanction en psychiatrie hospitalière, il convient de ne pas tomber dans l'utopie et de respecter les nécessités inhérentes aux buts mêmes de cette psychiatrie.

Nous remarquerons aussi qu'en cas de sanctions prises à l'égard du malade hospitalisé, ce n'est pas à vrai dire le « médecin » qui prend ces sanctions, mais bien le chef d'une collectivité auquel on serait mal venu de dénier ce droit sous prétexte qu'il est médecin. Il ne resterait plus alors qu'à empêcher un père de famille qui serait en même temps médecin de prendre des sanctions à l'encontre de ses enfants.

A l'usage, d'ailleurs — et l'expérience doit rester notre seul maître, à nous médecins — il s'avère que ce chef de collectivité doit plus souvent freiner les sanctions que les proposer : généralement, en effet, les collègues de l'hospitalisé antisocial exigent ou infligent des punitions bien plus odieuses que ne saurait le tolérer le responsable de cette collectivité.

» Empressons-nous de signaler que notre salle de police n'a que deux places pour un effectif de cinq cents pensionnaires, et que la moitié du temps elle est... vide.

» Si nous posons ces questions, ce n'est pas seulement dans un esprit de vérité et de justice, mais pour que nos malades soient enfin traités dans la dignité et sans hypocrisie, pour que, dans la mesure du possible, on sauvegarde leur responsabilité afin de leur rendre leur personnalité.

» Il n'y a pas pire déchéance que l'irresponsabilité; conclure à l'irresponsabilité c'est porter un jugement dantesque, c'est dire : Sous prétexte que tu es atteint d'une maladie mentale, tu peux faire ce que tu veux, tuer, détruire, crier, te démener, t'agiter, te frapper la tête contre les murs, cela n'a plus aucune importance réelle aux yeux de l'homme normal, tu es autre, définitivement autre... irresponsable. La justice des hommes ne te connaît plus, la souffrance n'a plus ni nom ni sens... Quelle injustice et quelle horreur ! »

DE QUELQUES APERÇUS SUR LE PROBLEME DE LA SUBSISTANCE DE L'APTITUDE A LA SANCTION CHEZ LE MALADE MENTAL INTERNE

par
L. M. RAYMONDIS
Attaché de Recherche au
C. N. R. S.

DE QUELQUES APERÇUS SUR LE PROBLÈME DE LA SUBSISTANCE DE L'APTITUDE A LA SANCTION CHEZ LE MALADE MENTAL INTERNE.

« La société attache toujours une signification morale aux actes humains et s'efforce, dans tous les domaines, d'inspirer aux hommes le sens de leurs responsabilités » (cf Vouin et Léauté, « Droit Pénal et Criminologie », page 7).

C'est à cette constatation, combien réconfortante, que l'on pense en lisant le récit d'une longue discussion que relate un numéro assez ancien de l'Information Psychiatrique (1956). Quel était l'objet de ce débat ?

Rien de moins que le fondement du Droit de punir et son exercice à l'intérieur d'un hôpital psychiatrique.

L'occasion en fut la publication de deux textes d'origine d'ailleurs très diverse.

Le premier se trouve dans un rapport du comité d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (cf O. M.S., n° 73, page 10 , ligne 19). Il s'agissait pour l'O.M.S. de préciser les méthodes à utiliser dans les hôpitaux psychiatriques publics.

Or, une phrase recommande : « Il est essentiel d'encourager la bonne conduite et de punir le comportement antisocial. »

Ce qui revenait à envisager clairement la possibilité d'estimer comme un acte humain tout acte de malade mental et donc, pour un juriste, de considérer que certains d'entre eux pouvaient être réprimés s'ils étaient contraires au bon ordre de la société en cause.

Le deuxième texte était plus volontairement explicite. Son auteur le Docteur Ueberschlag, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, écrit : « Nous n'avons pas hésité à créer chez les hommes une salle de

police pour tout délinquant lucide » (cf. l'Information Psychiatrique, n° 3, mars 1954, page 100 (1).

D'ailleurs, lors de leur congrès de Pau, de nombreux psychiatres furent invités à visiter l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, et constatèrent l'existence de cette salle de police qui leur fut complaisamment présentée.

Une première question se pose pour l'intelligence du texte du Docteur UEBERSCHLAG : que voulait-il dire en parlant de « lucide » ?

Il semble bien que parmi les psychiatres, un consensus de fait se soit largement établi depuis longtemps pour parler de lucidité sans avoir à définir de façon précise le contenu de ce terme dont : « la difficulté philosophique n'échappe à personne » (cf. Dr Louis BONNAFÉ, « L'Information Psychiatrique » 1956, page 555). De telle sorte que l'usage psychiatrique consacre, sans plus, à travers ce terme, à peu près ce que le juriste essaie d'y trouver lorsqu'il parle « d'intervalle lucide ».

Il existe chez tout malade mental des intervalles où la responsabilité est restaurée ou est sauve ; ces intervalles sont appelés « intervalles lucides » (2)

S'agit-il de liberté dans la détermination ? S'agit-il d'intention ? S'agit-il de volonté libre ? Il est difficile de préciser exactement.

En tout état de cause, on convient, et c'est ce qui est important, que tout malade présente un certain nombre de moments où il est susceptible de poser un acte humain

(1) « Le fait d'appeler la « salle de police » « chambre de force » ou tout autre nom médical ou pseudo-médical, apaiserait peut-être la conscience de certains psychiatres à l'idéologie chatouilleuse, mais n'améliorerait en rien la situation des hospitalisés... (Tous ces faits, nous confirmèrent non seulement dans l'idée que le malade gardait la notion de l'action bonne et conforme aux règles sociales, et qu'il restait capable de les appliquer, mais encore qu'un système de sanctions (récompense, punition) était fécond et pouvait être utilisé pour modifier son comportement », Dr UEBERSCHLAG, p. 312.

(2) « La maladie mentale est une bien étrange maladie... L'aliénation qui en représente seulement l'aspect le plus total n'est en quelque sorte qu'un concept abstrait et limité, car aucun de nos malades n'est complètement « étranger à l'humanité ». Henry EY : « Etudes psychiatriques, p. 76, Paris, Descler, 1952, 255 pages.

dont il peut être déclaré responsable et donc puni (2).

La question est alors celle-ci : Sur quoi repose le droit et l'utilité de punir un malade mental pour la délinquance commise durant cet intervalle lucide ? (3).

Il est en effet bien entendu qu'il ne peut s'agir que de malade, sans cela le sujet ne serait pas interné dans un hôpital psychiatrique.

On voit l'acuité du problème pour les juristes qui envoient dans les hôpitaux psychiatriques les délinquants auxquels, justement, un juge d'instruction a fait subir une expertise mentale. A l'issue de celle-ci, l'individu a été déclaré irresponsable et donc, il est considéré comme en dehors du champ d'application du Code, c'est-à-dire inapte à toute sanction.

Suivant cette hypothèse, il n'a donc pas été jugé sur les faits délictuels ou criminels commis, mais, au contraire, en vertu de l'article 64 du Code Pénal; il a été aussitôt interné en application de la Loi de 1838.

La question dès lors se pose de savoir comment un individu délinquant, envoyé dans ce que l'on appelle toujours un asile, parce que reconnu irresponsable, peut être éventuellement, s'il commet une infraction à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, sanctionné purement et simplement.

Dans la société des hommes libres on n'a pas osé le punir justement en raison de la présence découverte en lui de ce que nous appelons une maladie mentale; et paradoxalement, celle-ci, en le faisant sujet d'un hôpital psychiatrique, va le rendre apte à la sanction à l'intérieur de cet hôpital, sans cependant que par là même il soit

(2) « Même si l'état de démence (au sens légal) a entraîné l'irresponsabilité au moment d'un acte ,pourquoi s'en suivrait-il qu'il en soit ainsi pour tous les actes ? Alors même si ce dément mange, boit, s'habille, dort, tous ces actes seraient démentiels et n'auraient aucune signification ? Enfin, quand un malade quitte l'hôpital, guéri, sa responsabilité une seconde auparavant aurait été nulle, pour être la grille franchie, immédiatement entière ». Dr Uebberschlag, p. 318.

(3) Il peut paraître étrange au juriste que si la question soit assez nouvelle pour lui, elle le soit aussi pour le médecin psychiatre d'asile. C'est pourtant le cas. Le Dr Bonnafé — en 1949 — écrivait : « Nul n'est assez naïf pour croire à l'absence de conduite répressive chez le personnel et chez le chef de service lui-même... nul ne s'est encore avisé d'étudier cet important problème de technique psychiatrique » (L'Information Psychiatrique, 1949, p. 179).

considéré comme guéri, bien que devenu apte à la sanction. Il n'en demeure pas moins aux yeux du juriste un « interné » inapte à la capacité des sujets de Droit.

Certes, on dira que la présence d'intervalles lucides n'exclut pas l'existence d'une maladie mentale grave et susceptible d'altérer la personnalité tout entière; que c'est donc à bon droit que l'individu reste interné d'une part ; et que d'autre part ce que postule l'article 64 est que seulement, l'individu au moment de l'acte fut irresponsable (1).

L'application de l'article 64 ne préjuge pas que le malade n'ait pas eu, en liberté, de « bons moments ». Il se peut qu'à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique, le malade ait commis un forfait dans un « mauvais moment », et une infraction à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique dans un « bon moment ». De telle sorte qu'il était irresponsable (au sens de l'article 64) à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique et responsable à l'intérieur pour le deuxième fait retenu.

Mais les choses ne sont pas si simples que cela. Il est évident que s'il s'agit d'un individu atteint de ce qu'il est convenu d'appeler « une maladie mentale », nette et bien définie, pour peu que l'acte délictueux incriminé ait une correspondance, une allure, et un environnement faisant songer aux actes commis sous le coup d'une pulsion de l'ordre correspondant au type de maladie mentale dont il est affecté, les experts, et forcément, le juge, n'iront pas chercher plus loin pour conclure à l'application de l'article 64 (2).

(1) « Ce n'est pas tout, en effet, que de constater une affection dans le présent du sujet incarcéré pour jeter la suspicion sur sa responsabilité pénale. Il faut encore pouvoir établir deux points :

1° Un rapport chronologique suffisamment net entre les manifestations de la maladie et les faits suspectés, pour soulever d'abord la présomption d'influence..., p. 248. A. Porot et Ch. Bardenat « Anormaux et Malades mentaux devant la Justice Pénale », Paris, Librairie Maloine, 1960, 259 pages.

(2) « N'oublions pas que la justice souvent honteuse du caractère sommaire et inhumaine de la peine qu'elle inflige, regrette la dureté aveugle de ses textes, mais laisse à la psychiatrie le soin de résoudre ce cas de conscience. Ne va-t-elle pas jusqu'à placer, et cette fois sans sourciller, des criminels inamendables dans les Hôpitaux Psychiatriques *pour peu* qu'un expert ait vu dans la répétition de l'acte criminel un élément constitutif de l'état de démence ». Dr Ueberschlag, l. c. p. 315. C'est nous qui avons souligné, « *pour peu* ».

De telle sorte qu'à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique, la définition de l'état de non lucidité au moment de l'acte, va être très engagé dans ce sens, dès le moment où l'on aura constaté l'existence d'une affection mentale susceptible d'établir l'irresponsabilité dans un nombre important d'actes.

Au contraire, la discussion des psychiatres autour des deux textes cités va nous révéler qu'à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique les choses ne sont plus du tout aussi évidentes qu'elles le sont à l'extérieur.

Pourquoi ? Parce que la position d'un médecin n'est plus celle d'un expert, mais celle d'un « authentique » médecin qui, à l'intérieur de l'hôpital, se livre à son activité normale : soigner. En tant qu'expert, tout ce qu'on lui a demandé c'est une définition, poser une étiquette. Au contraire, à l'intérieur de l'hôpital, il se retrouve comme médecin qui, du fait qu'il doit soigner, n'applique une thérapeutique que selon des règles à la fois souples et complexes. La sanction pour lui, sera un des éléments de cette thérapeutique (1).

Avant de l'appliquer, il se souciera de beaucoup d'autres choses que d'un problème de définition .

Balint nous dit : « Les étiquettes diagnostiquées ajoutées par le psychiatre n'aident guère le praticien... Ces étiquettes ne décrivent même pas le processus pathologique réel, et n'apportent aucun conseil de thérapeutique. Elles sont au mieux des diagnostics de symptômes et non de la maladie » (c.f, Balint Michael « Le médecin, son malade, et la Maladie », Paris P.U.F., 1960, p. 101, 362 pages.

Le médecin à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, va opérer une sorte de ventilation très précise parmi les actes du malade pour en examiner la signification en fonction du moment où ils ont été commis, de « l'envi-

(1) « ... notre psychothérapie exige parfois une procédure authentiquement sanctionnelle. Mais il s'agit d'une casuistique. Tout réside en la manière. Les sanctions valent comme moyen psychothérapique dans la mesure où se trouve socialisé le malade ou le groupe de malades considéré. Cela ne concerne pas les arrières. Faire de nos malades des « intouchables » de vieux enfants gâtés, à défaut de sereins philosophes irait à l'encontre de notre thérapeutique. Ils doivent renaître au monde mouvant des valeurs ». Dr Gabriel Deshaies, p. 366.

ronnement » du malade à cet instant, du stade de son évolution dans l'insertion à la vie asilaire.

Y aurait-il donc deux sortes de responsabilité ? (ou d'irresponsabilité ?) L'une, appréciée assez grossièrement qui se suffirait du diagnostic d'une maladie et d'une coïncidence chronologique pour être considérée comme atteinte.

Cette appréciation assez fruste est inspirée des conceptions organicistes que revêtent, pour les juristes, toutes les questions qui concernent l'état d'un individu présumé malade (2). L'autre, appréciée de façon plus circonstanciée, envisagerait non seulement la perspective de la correspondance de l'acte à ceux qui sont souvent engendrés par ce type de maladie, mais qui chercherait à connaître, de l'intérieur, la signification de cet acte pour l'individu en cause, en tenant compte de ce que l'on sait désormais de sa vie, de sa personnalité tout entière, depuis ce champ d'observation qu'est l'hôpital lui-même.

Prenons un exemple : un expert se contente parfois de dire devant un Tribunal que tel vol révèle son caractère obsessionnel, du fait qu'il ne présente pas de caractère utilitaire pour son auteur. Et le magistrat en conclut que l'expert considère que l'acte incriminé ne peut pas avoir été commis en l'espèce dans un intervalle lucide, puisqu'il présente un caractère total de gratuité (1).

Mais, si cet obsédé a de nouveau volé son voisin de salle, on ne va pas se contenter de cette théorie pour savoir s'il y a lieu ou non de le sanctionner à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique. Le médecin traitant va réfléchir au contexte psychologique de cet acte, d'après

---

(2) « Il semble, en effet, que — en toute bonne foi ou non — beaucoup de juristes aient fait leur, une conception mécaniste de la « maladie » mentale qui tend à n'envisager... chacun de ces symptômes que comme le produit d'une lésion d'un organe et notamment d'une région, d'un « centre du cerveau ». Dr Ey, l. c. p. 71.

(1) C'est ce qui semble bien résulter de l'étude du Dr Rogues de Fursac sur les vols dans les grands magasins. Le Dr Rogues de Fursac a pu conclure de l'absence de caractère obsessionnel de ces vols, du fait que les grands magasins n'ont jamais de « rendus » anonymes ; c'est donc la possession des objets, dit-il, qui les intéresse, non l'acte de voler pour lui-même. C'est très simple. Mais pourquoi les deux ne les intéresseraient-ils pas successivement ?

l'étude individuelle du cas. Il inclut dans son raisonnement la connaissance de la personnalité globale du malade et l'analyse du milieu, analyse qui lui est assez facile puisqu'il connaît son service et l'atmosphère qui y règne.

Il n'en a pas été de même pour l'expert qui ignorait tout, très souvent, du milieu précis dans lequel évoluait l'individu en cause. Dans ce cas, sa connaissance n'en aura été que très schématique. De telle sorte que, pour prendre une décision d'une gravité bien soulignée par la plupart des psychiatres, on se contente d'un examen sommaire au bout duquel jaillit la décision d'internement dans « l'île aux fous » (1).

Tandis que, lorsqu'il s'agit simplement, pour un psychiatre de prendre la décision de punir un malade, il s'entoure de fort nombreuses garanties. Cette dernière attitude est d'ailleurs très justifiée, car, si le malade qui a commis une infraction doit être puni, c'est qu'il est désormais considéré comme évoluant vers un retour à une dignité totale, c'est-à-dire, comme s'inscrivant dans le processus de réhabilitation sociale au bout duquel il y a la guérison. Au contraire, si le psychiatre le juge incapable d'une sanction, cela signifie qu'il le renvoie

(1) « Or, on oublie peut-être trop souvent que l'examen en matière de psychiatrie est infiniment plus délicat que l'investigation clinique habituelle ; celle-ci, comparée au tour de force que nous sommes appelés à accomplir, revêt la sereine simplicité de l'examen vétérinaire. ... Mais nous voici en présence du malade interné. Nous ne pouvons que répéter ici ce grand cri de douleur de nos collègues des hôpitaux psychiatriques... à l'exception de quelques établissements privilégiés et qui peuvent se compter sur les doigts d'une main... Ce monde est celui où votre lettre de cachet plongera demain le malade que vous avez pris la décision d'interner. *Qu'importe s'il n'est pas fou, il le deviendra sûrement.* (C. KOUPENIK, « Faut-il Juger Finel », « Le Concours Médical » du 28-4-62, page 2577 - 2578).

Les juristes n'aperçoivent pas le problème sous ce jour. Pour eux, la décision d'internement est infiniment moins grave que la condamnation à une longue peine. Cette idée semble avoir été longtemps partagée par le public et par certains délinquants qui tendaient à simuler la folie. L'intérêt de la décision d'internement pour un simulateur consiste dans l'espoir de voir proclamer rapidement par les psychiatres de l'asile sa « guérison » et dès lors se retrouver libre plus vite. C'est cette situation — nullement hypothétique avant la réforme des prisons et à l'époque où la peine de mort était plus souvent infligée — que vise encore le nouvel article C. 346 du Code de Procédure Pénale. On peut se demander si cet intérêt existe toujours pour les simulateurs car le séjour dans certains asiles pour délinquants aliénés, ne doit pas être très recherché par ceux qui les connaissent.

pour un temps encore dans le nombre de ceux qui ne peuvent pas porter le poids d'une vie sociale.

Le paradoxe est grand de constater que nous nous contentons le plus souvent, d'une définition pour rayer de la liste des hommes normaux, un homme qui deviendra désormais un malade, et, qu'au contraire, à l'intérieur d'un hôpital psychiatrique, pour une décision d'une portée infiniment moins grave, tout de même, on procède à une étude autrement sérieuse du cas.

Tout cela exprime combien la détermination de la sanction suppose une connaissance de l'individu qui est seulement susceptible de s'acquérir par l'observation globale de celui-ci au cours d'une période d'une certaine durée. Et de plus, c'est un des points les plus importants, à condition que cette observation se déroule dans un milieu tendant par lui-même à restituer à l'individu le sens social.

Il apparaît en effet, au cours de cette controverse que, non seulement la posologie de la sanction, si l'on peut dire, est un problème de casuistique individuelle, mais aussi qu'il s'agit d'un problème qui ne se pose que dans un milieu susceptible de rendre thérapeutique cette sanction (1).

Il a été au cours de ce débat, très fortement souligné, que tant que l'asile est demeuré une jungle, toute possibilité de sociothérapie, étant exclue, l'aspect psychothérapique de la sanction ne pouvait exister.

Ce n'est que dans la mesure où les conditions du milieu ambiant permettent d'espérer une réadaptation à une vie sociale équilibrée, que le pouvoir psychothérapique de l'attitude « punition-récompense », peut avoir quelques effets thérapeutiques, et que, dès lors le problème de la sanction se pose pour le médecin asilaire.

Quelles sont les conclusions qu'un juriste semble pouvoir dégager de cette discussion de psychiatres et de la révélation de pas mal de choses au sujet de tout

(1) « Vu sous l'angle de l'évolution des techniques de réadaptation à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, ce problème des sanctions qui reste effectivement et nécessairement lié à celui de la sociothérapie en général est en réalité et par le fait même, lié au degré d'organisation et de perfectionnement que celle-ci a elle-même atteint ». Dr. Ueberschlag, lc. page 45.

ce qui constitue le conditionnement et le comportement des « malades » à l'intérieur d'un hôpital psychiatrique ? Ces conclusions nous semblent multiples : nous en énumèrerons simplement quelques-unes.

1° Tout d'abord, en regard de l'imprécision de la notion de « maladie mentale », il est impropre de considérer comme définie par elle, quelle que soit sa gravité, la personnalité d'ensemble de l'individu.

Tout juste peut-on définir une de ses composantes : rechercher et dénoncer la faculté atteinte : « en réalité, il y a des schizophrènes bons, et des schizophrènes méchants, des délirants doux et des délirants pervers, des épileptiques bienveillants et des épileptiques haineux, voire des déments gentils et des déments malfaisants.

« La maladie mentale n'abolit pas l'ensemble des facultés, mais est engendrée par le déficit partiel de l'une ou plusieurs ; c'est une intolérable solution de facilité que de croire que du moment qu'elle existe, elle liquide le problème moral. Mais sans doute, cette illusion gagnait-elle à être entretenue par ceux qui se contentent pour le malade à jamais irresponsable, de la solution facile de la relégation. Nous avons toujours été frappés du désaccord qui pouvait exister entre le déficit dû à la maladie mentale et le degré de désadaptation sociale, entre le degré de la maladie et le degré de la désinsertion sociale.

« Certains sujets sont, en effet, du point de vue nosographique pur, de grands malades chez lesquels on peut présumer de l'existence de graves maladies psychophysiques sans que leur comportement social en soit sérieusement affecté, tandis que, chez d'autres, où tous les examens sont quasi négatifs, le comportement est incompatible même avec une semi-liberté, et exige souvent un internement à vie...

« On pourrait penser qu'il est facile de guérir le déficit social en guérissant le déficit du composant individuel c'est-à-dire l'anomalie proprement dite ; il n'en est rien » (1).

(1) Dr. Ueberschlag l. c. page 315.

Nous sommes bien loin de ce qu'écrivait M. Pinatel (2).

« Dans le type psychiatrique, la personnalité *totale* est dominée par l'accentuation pathologique d'une de ses composantes » (3).

Même sous cette forme d'allure prudente, cette affirmation est fondamentalement discutable. Il n'est pas du tout sûr que la personnalité totale d'un malade mental soit tellement dominée par l'accentuation psychologique d'une de ses composantes, que l'on puisse considérer la personnalité du malade mental comme étant devenue ce que M. Pinatel appelle un « donné ».

Nous sommes tous plus ou moins victimes d'un consensus général sur la question des malades mentaux. Nous savons depuis longtemps que la question se pose : existe-t-il des « maladies mentales », des « types psychiatriques définis » ? Mais nous l'oublions vite.

2° En conséquence, la tâche d'un médecin-expert telle que l'article 64 du Code Pénal et la circulaire d'interprétation la définissent, est une tâche dépourvue de sens et de portée, à beaucoup de points de vue.

S'il y avait une responsabilité totale faisant face à une irresponsabilité totale, engendrée par telle ou telle maladie, une telle tâche aurait un sens.

(2) « Chronique de Criminologie », page 135, « Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal comparé », 1962, n° 1, Paris, Sirey.

(3) De même Jean Pinatel « La Criminologie », Paris S.P.S.E.S., 1960, page 99 et encore « La Responsabilité Pénale », p. 172, « Travaux du Colloque de Philosophie Pénale de Strasbourg », Paris, Dalloz, 1961, 564 pages : M. Pinatel écrit : « Nous sommes ainsi amenés tout naturellement à dire : Au moins réservez l'imputabilité aux gens qui ont une organisation mentale saine, à ceux qui ne relèvent pas de types psychiatriquement définis en l'état actuel de la science ». Or, M. Pinatel entend « imputabilité » au sens que donnerait à ce terme le Doyen Garraud : « L'imputabilité suppose que le délit peut être mis au compte de son auteur, car il l'a commis en état de libre arbitre. Il n'y a pas de délit s'il n'y a pas de libre arbitre ». Dès lors on serait conduit à conclure que les sujets à type psychiatriquement définis ne possédant pas « d'état de libre arbitre » seraient insusceptibles en permanence d'être imputables (état signifiant permanence dans la terminologie de M. Pinatel). Mais il est permis de penser que M. Pinatel a envisagé le problème de façon plus complexe que dans les textes cités car il ajoute un peu plus haut, (p. 172) à propos du type à « orientation mentale » que les méthodes à lui appliquer « ne sont pas exclusivement médicales » ; ce qui suppose qu'ils demeurent imputables pour une part, celle qui ne relève pas de méthodes médicales.

Mais nous avons vu que prise par un bout, comme par l'autre, cette affirmation est dépourvue de caractère scientifique.

Aucun expert psychiatre, en l'état actuel de sa science, dans les conditions d'observation de l'inculpé qui lui sont faites par le cadre judiciaire où l'expertise se déroule, ne peut à coup sûr, définir la portée et la signification pour l'individu qui l'a commis, de l'acte criminel. La question que lui pose le juge est celle de savoir si l'acte est pour son entier le résultat d'une pulsion d'origine maladive.

Car, au fond, ce que le juge voudrait savoir (à travers la question de la responsabilité) c'est tout simplement s'il s'est agi chez l'inculpé d'une volonté délibérée de nuire. Ce qu'il veut sanctionner, c'est, soit la malignité, soit la volonté de détruire les règles de la vie sociale, par l'individu qui est conscient de s'attaquer à l'ordre social.

Le médecin expert ne peut répondre à cette question — le plus souvent — dans les conditions actuelles de son observation.

Mais les perspectives se trouvent totalement renversées lorsque l'expert devenu médecin-hospitalier, doit non plus définir un homme, poser une étiquette sur lui, mais essayer de lui redonner le sens de sa responsabilité : « Voilà le médecin hospitalier appelé à jouer un rôle d'éducateur au sens complet du terme et à exercer la justice » (1). Désormais, le médecin se trouve précisément à la place où tout à l'heure se trouvait le juge. En effet, que cherchait le juge : tout simplement à exercer avec plénitude une pédagogie sociale qui est la mission méconnue de la justice pénale comme, dit M. le Doyen RICHARD, dans son livre « La mission méconnue de la justice pénale » (Edit. du Levain, Paris, 1957).

(1) Dr. UEBERSCHLAG... l. c.

Seulement dès que se pose la question de responsabilité, le juge n'est plus susceptible — avec ses connaissances actuelles — de la trancher ; il fait donc appel à un expert, un médecin qui doit remplir le rôle de lorgnette (comme dit le Pr. PIEDELIÈVRE) rapprochant les objets à discerner.

Malheureusement, nous l'avons vu, le système ne peut jouer en raison des conditions mêmes de l'expertise : « seul, le médecin peut apprécier la part de malignité inhérente à tel acte, qui, suivant les cas, peut être surtout réactionnel » et cela ne peut être réalisé qu'après un examen qui implique de la durée, une intégration de l'individu anormal dans un milieu essentiellement constitué pour l'observer et faire ressortir les composantes de sa personnalité totale : « seul, le médecin peut donc dicter les mesures qui toujours s'imposent car c'est au prix de telles mesures qu'est la rééducation du malade et son bien suprême, son retour dans la société ». L'examen médical, s'il se déroule dans les conditions qui sont autres que celles de l'expertise actuelle, parvient à répondre à la question que se pose le juge, ou plus exactement qu'il n'ose plus se poser dès qu'on lui parle de « maladie mentale » chez l'inculpé, mais qui demeure en son esprit comme refoulée honteusement (1). Le juge se demande si même à travers les conduites apparemment dictées par la maladie, l'individu n'exprime pas « sa volonté de nuisance », comme disaient les anciens auteurs. Or, cette question n'est pas non plus absente de l'esprit du médecin asilaire, toujours pour cette raison qu'il se trouve désormais placé dans les mêmes conditions que le juge, lui aussi investi par son rôle de pédagogue de la même mission. Ecoutons ici encore le Dr UEBERSCHLAG : « Non seulement nous estimons que la personnalité morale du déficitaire participe à tous les avatars, mais qu'en dernière analyse, le choix de son mode réactionnel est guidé par son potentiel moral ».

---

(1) Nous pensons, en effet, que le juge s'il fait appel à l'expert et entend prononcer le verdict de « maladie », n'en demeure pas moins insatisfait.

« La question ainsi posée paraît neuve, en vérité. Il était possible de s'en douter dès le départ, car on ne peut ni créer, ni recréer une Société, fut-elle de déficitaires mentaux, sans imaginer la nécessité d'un pouvoir judiciaire. Et ce pouvoir le médecin doit l'exercer, même si rien jusqu'à présent ne l'y a préparé ; car c'est enfoncer davantage un malade dans son aliénation, que de le considérer *a priori*, comme irresponsable quand il a frappé un camarade, volé un paquet de cigarettes... » (1).

Le point de vue du juge retrouve chez le médecin hospitalier toute sa valeur et sa signification. On s'étonne de l'obstination du juge qui ne veut pas admettre aisément l'irresponsabilité, même devant une longue répétition de forfaits qui fait crier à la démence. Mais le médecin hospitalier plongé dans le même problème que le juge, défendant alors lui aussi à la fois une société et l'individu, se pose la question de la même façon : « Finalement, si nous nous posons ces questions, ce n'est pas seulement dans un esprit de vérité et de justice — car nous ne sommes point philosophe mais médecin — mais pour que nos malades soient enfin traités dans la dignité et sans hypocrisie, pour que dans la mesure du possible on sauvegarde leur responsabilité, afin de leur rendre leur personnalité ».

Si le juge cède parfois devant le spectacle de l'inutilité de nombreuses incarcérations et fait appel au psychiatre pour se délivrer de son cas de conscience — comme nous l'avons dit plus haut — il n'en a pas moins l'impression de conclure, par cet appel au médecin, à la faillite de la justice ; il démissionne et il sait qu'en même temps « il abandonne l'individu au pire des destins en concluant à l'irresponsabilité ; conclure à l'irresponsabilité, c'est porter un jugement dantesque, c'est dire sous prétexte que tu es atteint d'une maladie men-

(1) Uebberschlag : « Vers une psychiatrie sociale », Revue d'Hygiène et Médecine Sociale, 1954, Tome II n° 4, p. 331-335).

tale, tu peux faire ce que tu veux : tuer, détruire, te démener... cela n'a plus aucune importance réelle aux yeux de l'homme normal, tu es autre, définitivement autre, irresponsable. La justice des hommes ne te connaît plus ; ta souffrance n'a plus ni nom ni sens. Quelle injustice et quelle horreur » (1).

Le problème subsiste pour le médecin d'asile, comme il a existé peu avant pour le juge et cela quelle que soit la gravité du déficit mental que présente l'indidu en cause (2).

C'est un médecin psychiatre d'asile qui illustrait la conclusion du Dr Ueberschlag de l'observation suivante : il avait dans son service un malade catatonique, qu'il étudiait depuis déjà longtemps. Il résultait de cette observation que les « pulsions irrésistibles et incontrôlées » du malade qui envoyait de terribles coups de pied soi-disant au hasard, s'effectuaient en fait, au seul préjudice du même infirmier, celui qui lui faisait, ce que pudiquement le médecin appelait des « blagues ».

Ce qui ne veut pas dire que tous les catatoniques sont des pervers qui se vengent. Mais, que même, lorsqu'il s'agit d'un catatonique, il ne suffit pas de se contenter d'une définition ; encore faut-il observer : « tout malade mental (qui, nous le savons est un déficitaire), souffre de son infirmité et des erreurs qu'il commet en conséquence ». S'il souffre, s'il est encore capable de

(1) Dr Ueberschlag, « Le Problème de la sanction en psychiatrie hospitalière », Communication à la Société Médico-Psychologique, « Information Psychiatrique », Juin 1956.

(2) Il ne faut pas oublier que le médecin d'asile, tout comme le juge, doit faire place à une opinion populaire qui réclame la punition des fauteurs de trouble, pour pouvoir reprendre confiance en elle-même « les bons malades doivent se sentir rassurés, protégés ». De même que la société des hommes normaux a besoin de savoir le crime sanctionné et par là comme effacé à travers la punition infligée à l'auteur — comme disait Fauconnet.

souffrance, sa vie psychique n'est donc pas si simple qu'il paraît (1).

3° Pas plus qu'il ne peut y avoir de fondement scientifique, et donc de justification à une mesure de ségrégation pure et simple à l'égard d'un délinquant dit « normal », il ne peut y avoir de ségrégation des délinquants malades mentaux. Ici comme là, il subsiste un fond de responsabilité. A partir de ce fond, tout est affaire de soins, de psychothérapie, de sociothérapie, de progressivité dans l'amélioration du milieu ambiant, et... de prudence dans les affirmations des dominantes d'une personnalité.

Il ne faut pas sous le prétexte d'une irresponsabilité

(1) Il semble que ce soit le problème entier de la définition de la notion de responsabilité qui se repose une fois de plus ici. Il faudrait rappeler que contrairement à ce qui a été longtemps enseigné, la responsabilité d'un individu n'est pas une. Il y a, en effet, diverses erreurs à ce sujet qui ont encore cours et se retrouvent deci-delà. L'élément pathogène qui altère la responsabilité d'un individu peut l'altérer vis-à-vis de certains actes et pas d'autres, nous l'avons vu. L'exemple classique est celui du paranoïaque qui peut être irresponsable du meurtre de celui qu'il estime être son persécuteur et totalement responsable d'un vol au préjudice d'un camarade. Il y a en somme des plages où subsiste une responsabilité, un libre arbitre aussi « normal » que celui d'un homme « normal ». Mais il est une autre erreur c'est celle de croire que la responsabilité d'un malade n'ait aucune relation avec le milieu. En ce sens assez nouveau de milieu où une responsabilité plus étendue peut être retenue en raison du caractère protecteur du milieu spécial où évolue le malade et où ses délibérations peuvent intervenir. La protection dont le malade est l'objet lui permet d'envisager le caractère de l'acte sur le plan de sa signification morale et sociale. Alors que dans un milieu qui ne reconnaît pas les difficultés du malade, celui-ci peut-être conduit par des pulsions irrésistibles à commettre l'acte répréhensible, sans même en envisager le caractère.

La protection dont le malade est l'objet dans le milieu qui le reconnaît tel qu'il est peut lui permettre de connaître soit cette « tension morale » dont parle Fauconnet (qui d'avance l'avertit de l'importance d'un événement et de la nécessité de choix à exercer) soit le mettre en position d'éveil vis à vis de la situation comme le dit Olof Kinberg. En milieu « normal » au contraire ni le temps ni le contexte psycho-social ne permettent à un sujet fragilisé d'opérer ses choix. C'est ce problème qu'a bien compris l'école d'Utrech pour laquelle « imputer c'est toujours imputer à quelqu'un un certain fait dans un certain cadre ». (W. P. Pompe). Le Professeur Pompe s'est expliqué de cela fort bien au colloque de Strasbourg, sans peut-être assez insister sur ce point ,en disant : « celui qui n'est pas responsable dans le cadre du droit et de la société en général pourrait tout de même être responsable dans le cadre d'une société restreinte, telle qu'un établissement ou une famille », p. 536.

qui n'est jamais acquise, renoncer à rechercher le mode de réinsertion sociale de l'individu en cause.

On ne peut justement développer son sens social qu'en l'aidant à prendre conscience de l'existence de sa responsabilité.

Voilà pourquoi VOUIN et LÉAUTÉ avaient raison en affirmant tout simplement qu'il s'agit d'inspirer aux hommes le sens de leurs responsabilités. Mais, à tous les hommes, même à ceux que l'on croyait trop facilement n'en être plus.

4° Enfin, la conception de base du juridique, c'est-à-dire ce que l'on peut appeler la foi en l'utilité d'un pouvoir judiciaire qui sanctionne et donc qui récompense, n'est nullement atteinte par l'évolution scientifique contemporaine.

Bien au contraire, il semble que la sociothérapie fasse de plus en plus de place à la sanction. Somme toute, au-delà des théories exposées au cours de cette discussion, tout le monde finit par se mettre à peu près d'accord autour de la pensée du Dr MINKOWSKI : « Il y a des mots et des faits ; ils ne sont pas entièrement superposables. Le terme « punition » sonne faux dans la bouche d'un médecin... mais les faits importent davantage. C'est là qu'apparaît la complexité des problèmes... la vie des malades dans nos établissements hospitaliers *s'organise* de plus en plus, et cherche ainsi à se placer sous le signe d'une collectivité. Toute organisation de cet ordre repose sur des règles, qui doivent être respectées par chacun : une infraction à ces règles ne saurait être acceptée et comporte sinon une punition, du moins une sanction » (1).

Seulement, cette sanction n'est désormais plus comprise à partir d'une réflexologie primitive, d'une méconnaissance des problèmes de culpabilité. L'application de la sanction suppose une souplesse dans sa conception et dans ses modalités à partir d'une connaissance très individuée des personnes et du milieu.

Il faut surtout rompre avec l'attitude hypocrite de certains médecins ou directeurs de pénitenciers, qui pré-

(1) Dr. MINKOWSKI l. c. page 302.

tendent ne pas avoir à régler ce problème. Combien de sanctions proviennent-elles seulement du personnel et de l'entourage du malade ou du prisonnier, à l'insu sincère ou non du directeur de la prison ou du médecin de l'hôpital psychiatrique (1).

Pour être efficace, il faut que la sanction soit appliquée dans un milieu asilaire ou dans un milieu pénitencier qui remplisse lui-même certaines conditions. Le milieu crée l'ambiance où tout est vécu. La même obligation, selon le climat existant autour d'elle, revêt un caractère tout différent. Une « injection intramusculaire » faite à un malade par un médecin traitant estimé de lui, ne revêt jamais le caractère d'une brimade. Le même acte ailleurs et dans une autre atmosphère peut être ressenti comme la pire des épreuves, alors qu'il s'agit du même « remède ». C'est le milieu, les composants externes si l'on peut dire, qui peuvent seuls donner un caractère psychothérapique à une sanction et lui faire revêtir sa valeur sociothérapique.

Il est nécessaire, en effet, que la sanction apparaisse pour ce qu'elle est, une phase de traitement et non pas une épreuve de force infligée à l'individu réduit à merci.

Plus exactement encore la sanction doit apparaître comme la phase ultime d'un traitement qui opère tout à tour une sorte de désintoxication, puis une rééducation, une réadaptation et enfin une réinsertion sociale.

Ce n'est évidemment pas dans un milieu où règnent l'arbitraire, la violence, le viol des consciences ou le viol tout court, que la sanction apparaîtra sous cette forme.

S'il serait un risque que l'individu se complaise en prison ou dans un hôpital psychiatrique, il faut tout de

(1) *Réactions de l'Infirmier* (L'Information Psychiatrique, p. 332).

« Nous, on a essayé de le prendre, il était mauvais et les autres ont commencé à grogner, à protester... Mais le Docteur N. est arrivé et là, devant tout le monde, il a fait un choc à celui qui avait frappé...

« Et comme il y avait des murmures, le docteur a dit : « A qui le tour ? s'il y en a un qui s'agite, ce sera pareil ». Personne n'a rien dit... Ah ! c'était là un bon docteur ».

Des réactions de l'assistance, on peut déduire que cette exécution ne scandalisait pas tout le monde ».

même qu'il s'y plaise assez pour pouvoir percevoir que tout cela n'existe que dans son intérêt, qui coïncide avec celui de la société qui, elle, ne saurait avoir d'autre but « que d'inspirer aux hommes le sens de leur responsabilité ».

L.M. RAYMONDIS,
(*Travail du Laboratoire
de Médecine Légale
de la Faculté de Médecine de Toulouse.*
Pr J. PLANQUES).

C'est à partir de ces différents documents que nous nous proposons de retracer les stades successifs de l'évolution de la socialisation à l'H.P.L. en reprenant les grandes périodes de la thèse du Docteur SIMÉON qui souligne combien réadaptation et socialisation du Malade Mental vont de pair, avant d'aborder l'évolution du malade lui même au sein de ce cadre hospitalier, sa désaliénation.

ANALYSE

A. — STADES EVOLUTIFS DE LA SOCIALISATION

1° *Période carcérale* 1938-1945 :

Cette période est dominée, à l'hôpital comme à l'extérieur, par la guerre avec toutes ses conséquences.

En décembre 1938, les portes de l'H.P.L. s'ouvrent à des malades mentaux et bientôt il en viendra d'hôpitaux psychiatriques suburbains plus menacés par les bombardements, et ayant plus de difficultés à se ravitailler.

Ainsi vont se retrouver brutalement réunis, des malades ayant déjà un passé asilaire et ayant connu des hôpitaux, des médecins, un personnel, un entourage différents.

Que vont-ils trouver à l'H.P.L. ?

Comme partout, un régime de sous-alimentation, un personnel infirmier que la mobilisation aura complètement démembré, et auquel sera petit à petit adjoint un nombre insuffisant de gardiens recrutés dans la région, la plupart inaptes au service armé et n'ayant pas de métier.

Comment va donc se dérouler la vie hospitalière ?

La journée, les malades « vivent » dans la salle de jour c'est-à-dire quelques-uns marmonnent sur un banc, d'autres affalés par terre sommeillent, d'autres encore déambulent ça et là autour d'une ou deux tables de jeu, tout ce monde mal nourri, malpropre, mal habillé n'a aucune occupation, ses seules distractions sont une rixe pour un motif généralement futile, l'aspect spectaculaire d'un des leurs qui va crier, casser un carreau ou délirer à voix haute; spectacle si l'on veut original pour un passant, mais combien traumatisant pour chacun de ces malades qui est obligé de vivre continuellement au milieu de ces véritables-aliénés.

Les repas qui rythment la vie journalière sont insuffisants; ils sont pris dans des gamelles, sans couteau ni fourchette, le pain est rationné, les malades sont entassés sur les bancs et sortent de table avec la faim, encore heureux s'ils ont pu conserver la ration qui leur revenait. Ces repas restent cependant la seule satisfaction de la journée, et le déjeuner étant terminé, la principale occupation de chacun est d'attendre le dîner.

La nuit, n'est pas consacrée au sommeil; elle est le domaine du vol et de la luxure pratiqués par ceux qui ont dormi le jour. Il y a toujours du bruit, souvent de l'agitation et les veilleurs chargés de la surveillance de nuit ne respectent pas le silence qui peut subsister (J.M. 1950-1952 et Mi.).

Le rythme de la vie est complètement perturbé, il faut survivre avant tout et le tableau du mouvement de la population est éloquent à ce point de vue avec le nombre effrayant de ses décès.

Quels sont alors les liens sociaux qui peuvent exister ?

Chaque quartier a ses chefs ; la promotion est essentiellement fondée sur la rouerie et la force physique, souvent il y a opposition de plusieurs clans métropolitains sans compter ceux des Noirs et des Nord-Africains. Les relations sociales : il s'agit avant tout pour chacun d'assurer sa propre sécurité, autant matérielle que psychique : il fallait d'abord s'assurer l'appui d'un chef afin de minimiser les risques de coups, de vengeance lorsqu'on volait du pain, des cigarettes, voire de l'argent. Cette protection du chef se payait par des redevances de toutes sortes sans compter les flatteries (RI-D). Du point de vue psychique, quelle attitude adopter en face de cette folie qui règne tout autour de soi ? Se replier un peu plus sur soi-même, se réfugier dans un délire ou rester normal en devenant asocial, c'est-à-dire rester humain en volant pour subsister, en jouant pour se distraire, en se battant et en essayant de s'évader pour réagir devant l'inertie, la folie et la mort.

Et les contacts avec l'extérieur ?

Ce sont d'abord les infirmiers ou gardiens qui

vivent, mangent et boivent à part et cela beaucoup mieux que les malades, mesurent le fossé qui les en séparent et restent sur leur position d'hommes normaux chargés de garder des aliénés ; ce sont les médecins dont le principal souci est médical, la survie de ceux qui leur sont confiés : « certains états de dénutrition résistent à toute thérapeutique; les médicaments manquent » ; (R.M.A. 1942), le second est « social », ils ont la garde de leurs malades à assurer et s'inquiétent de voir « des plaies à la toile indéchirable des camisoles de force (R.M.A. 1938), des fermetures de sûreté ne permettant qu'une pauvre sécurité (R.M.A. 1939), et que « les sonneries d'alarme ne sont pas installées », d'autant plus qu'ils assistent à un accroissement incessant de malades médico-légaux (R.M.A. 1944).

De contacts entre hospitalisés et Société, il n'y en a pratiquement pas ; très rares sont ceux qui font partie d'une équipe de terrassement ou sont attachés à un service quelconque.

Quels sont alors les relations avec la Société seulement représentée par le personnel ? L'une purement matérielle et intéressée, se traduit par le marché noir qui se fait par l'intermédiaire des infirmiers et c'est uniquement par le vol et le jeu que les malades peuvent se procurer une monnaie d'échange. L'autre relation, plutôt une attitude réactionnelle à l'état d'aliéné, est la haine des « blouses blanches » qui sont libres, ont un confort et une vie personnels, qui ont tous les droits sur vous, la Société déjà vous enferme dans un asile et eux ont en plus le pouvoir de vous mettre en cellule, en camisole. Ce sentiment est le seul qui unisse les aliénés, enfermés et mal nourris contre un personnel médical qui n'a pas la vocation ou le pouvoir de lui venir en aide.

2° *Période de décarcéralisation* 1945-1948 :

Cette période de 3 ans marque une étape certaine dans l'histoire de l'H.P.L.

En effet, la guerre est terminée, ce qui sous-entend que des difficultés d'ordre matériel vont s'aplanir, la nourriture, l'arsenal thérapeutique feront moins défaut, et pour la première fois depuis cinq ans le chiffre des

décès sera en 1945 inférieur à 100 après avoir dépassé 300 en 1941.

Un certain contingent infirmier va retrouver sa place à l'hôpital et beaucoup d'entre eux auront été prisonniers de guerre. 1945 marque également l'arrivée du Docteur UEBERSCHLAG qui va occuper le poste de Médecin Chef des pavillons Hommes.

Que va-t-il se passer dans cet hôpital asilaire où ne pouvaient pénétrer que deux fois par semaine, les parents de malades, dans ces pavillons où l'aliéné enfermé et désœuvré, était l'objet de fouilles nécessitées par le nombre de tentatives d'évasions (14 évasions réussies en 1944).

Comme l'a dit M. le Docteur THÈALLET dans sa thèse : « Le travail des malades mentaux à l'H.P.L. » (Bordeaux, 1952), « il existait en 1945, à Lannemezan, une triste ressemblance de la vie asilaire avec la vie des prisonniers. Si l'on voulait modifier cet état de chose, il fallait que le désir d'un changement fût partagé par les agents du personnel à qui il convenait de faire connaître les avantages qui en résulteraient, mais aussi les excès à éviter. Entre temps, il importait d'obtenir la collaboration des malades eux-mêmes, car ils étaient les seuls capables de fournir la main-d'œuvre nécessaire à la réfection intérieure et la décoration des locaux, à la fabrication des meubles, à la reconstitution de leurs vestiaires et de leur couchage, à la création de distractions diverses, à l'aménagement d'un parc, etc...

Il existait déjà à l'H.P.L. une ferme et des ateliers classiques, tels ceux de menuiserie ou de serrurerie, ainsi que des travailleurs allant aux cuisines et servant au ménage à l'intérieur des pavillons, mais outre que le nombre de ces malades était restreint, on se bornait à utiliser leur capacité de travail résiduelle, sans aucun dessin de l'améliorer.

L'innovation principale en matière de travail fut l'ouverture d'ateliers intérieurs qui s'adressaient à l'ensemble des malades sans distinction de forme clinique, qu'ils présentaient ni du degré d'infirmité mentale dont ils étaient atteints ».

C'est ainsi que cette période vit s'ouvrir des ateliers

intérieurs, non plus en relation directe avec les services généraux comme les ateliers de serrurerie, boulangerie, mais où le travail du malade était beaucoup plus palpable dans l'immédiat; nous entendons par là, une fabrication d'objets qui intéressent plus directement la vie courante comme les sandales, les tricots, les matelas, les chaussettes, draps, mouchoirs. De même des objets plus anonymes si l'on veut mais en rapport étroit avec le confort du malade : tapis, carpettes, paillassons et également brosses et pinceaux qui étaient destinés à la réfection des pavillons.

Ces ateliers intérieurs avaient de plus le mérite d'occuper chaque jour de nouveaux malades qui ne pouvaient auparavant faire œuvre utile. En effet, étant « intérieurs », tout le pavillon au moins pouvait s'y rendre ; il n'était pas demandé comme auparavant de compétence particulière, il n'était pas question de rendement, mais ce qui dominait était un souci d'occupationisme.

Les résultats ne se firent pas attendre, en ce sens que les malades comprirent rapidement qu'ils travaillaient dans leur propre intérêt ; une des principales conséquences fut une diminution notable des actes asociaux, fruit de l'inactivité : thèse Dr Siméon, Bordeaux 1962. « L'ergothérapie se révéla être une thérapeutique au sens strict ; en effet, elle entraîna la disparition du plus grand nombre de ce que nous appellerons des épiphénomènes psychiatriques mais qui pourtant ont toujours leur place bien assise dans la séméiologie classique ; nous faisons allusion aux cris, à la clasticité, au gâtisme, mais encore à de véritables constructions pathologiques que nous qualifions de secondaires — et donc épiphénoménales — en ce sens qu'elles constituent en réalité pour le malade une valorisation — au second degré — de son propre état pathologique. C'est ainsi qu'on a vu disparaître, en même temps que le milieu hospitalier devenait positivement normal, et comme par enchantement, le « fou de service », le « beau » (?) délirant, le maniaque « riche », l' « artiste » (?) pathologique mais encore toutes les aberrations sexuelles ima-

ginables qui avaient proliféré dans la claustration monosexuée de l'asile-prison ».

Si les ateliers intérieurs sont nés, les équipes extérieures se sont développées, qu'elles soient affectées au terrassement, à la réfection ou à l'aménagement des routes, à des travaux de maçonnerie ou de charpenterie.

Le groupe de malades travaillant à la ferme va posséder une autonomie particulière en occupant un pavillon distinct. Nous citons de nouveau à ce propos M. le Docteur THEALLET : « Ce pavillon réservé à des malades hommes, comprend une salle de jour réfectoire, un bureau magasin, où les malades trouvent des tenues de travail et des effets de rechange, une installation sanitaire avec eau chaude et froide, douches individuelles et un dortoir de 28 à 30 lits où chaque malade possède sa table de nuit vestiaire ».

Parallèlement, on put noter des transformations importantes sur divers plans : pour le malade, l'installation d'un premier confort rudimentaire certes, mais qui en faisait désirer un plus grand ; augmentation du nombre des travailleurs, des journées de travail et comme il n'était pas question de rendement, tout pensionnaire aussi faible soit sa production recevait un pécule ; reprise d'une ancienne activité manuelle parfois, ou éveil à un métier nouveau, mais surtout retour de tous à un travail avec tout ce que cela peut comporter de social, normalisation de la vie hospitalière, pas vers la guérison à travers l'ergothérapie.

Pour l'infirmier, eut également lieu une évolution : appelé à encadrer les malades, il se révéla souvent des talents qui firent de quelques-uns de véritables moniteurs ; de plus, ils passèrent progressivement de la conception de l'aliéné asilaire à celui du malade mental hospitalisé.

Par ailleurs, sur le plan administratif, il faut souligner, l'apparition des Procès-Verbaux du Conseil de discipline, et des sanctions prises contre des membres du personnel.

3° *Période de Socialisation* 1948-1960 :

Si l'étape précédente a amorcé l'amélioration des conditions d'existence des malades mentaux à l'H.P.L.,

cette période 1948-1960 sera caractérisée essentiellement par une évolution de la socialisation allant de pair avec le développement des techniques de réadaptation. Il est en effet, difficile de séparer ces deux problèmes qui, avec l'ergothérapie, forment un tout, la « sociothérapie ».

La conception de la guérison du malade mental se faisait jour à travers l'expérience ergothérapique de la période précédente : la maladie mentale dans toutes ses formes cliniques exceptés les états d'arriération organiques, restait sans support anatomique, et semblait donc être d'essence surtout fonctionnelle, il s'agissait donc de remédier à des troubles engendrés par la vie dans la Société avec tous ses problèmes d'adaptation et par définition, on supposait que ces troubles étaient en grande partie réversibles.

Que fallait-il donc faire pour venir en aide au malade mental ?

Avant tout, ne pas le désadapter encore plus profondément en le plongeant dans un cadre asile - prison, mais le placer dans un cadre normal, social et protégé.

C'est ainsi que le Dr Ueberschlag, Médecin Directeur écrivait en janvier 1952, dans la Revue de l'Econome : « Les Hôpitaux Psychiatriques se transforment — L'exemple de Lannemezan : « Il est certain que la loi de 1838 prétendait surtout résoudre le problème social créé par l'aliénation mentale, ne concevant la garantie de la liberté des aliénés que comme un adoucissement à l'internement qu'elle leur imposait.

Or il est apparu, pour que l'internement ne soit pas ressenti par l'aliéné comme un acte arbitraire contre lequel il ne cesse de protester avec violence, qu'il fallait que cette mesure uniquement de protection sociale devienne une mesure efficace de traitement et contribue directement à la guérison, à la réadaptation du malade ; autrement dit, qu'elle soit prise davantage dans l'intérêt du malade que dans l'intérêt de la Société.

Ceci supposait non seulement une réforme de conceptions, mais la création d'un ensemble de conditions nouvelles dans les hôpitaux psychiatriques. Il s'est avéré indispensable, au-delà du simple changement d'appellation qui a fait de l' «Asile » un « Hôpital », de réaliser

effectivement dans ces Etablissements des aménagements, tant d'ordre moral que physique, qui sont le propre d'un Hôpital... fut-il spécialisé dans le traitement des aliénés... Pratiquement, les modifications qu'a subies l'H.P.L. ont porté sur les points suivants :

a) Education du personnel;
b) Modification de l'ambiance;
c) Enrichissement des loisirs;
d) Travail des malades,

dont on n'oubliera jamais qu'ils sont très étroitement solidaires ».

Le premier souci donc, était d'améliorer les conditions de vie du malade mental qui devenait « pensionnaire » comme l'Asile devenait Hôpital.

Le confort intérieur et extérieur s'est amélioré chaque jour grâce au travail des pensionnaires eux-mêmes qui ont vu leurs pavillons repeints à neuf, la réfection des peintures intérieures des pavillons a été clôturée durant l'année (R.M.A.) 1948, leur table améliorée :

— verres incassables au pav. III hommes (Mi 1953);
— serviettes de tables, fourchettes, couteaux. Et le spectacle d'un réfectoire à l'heure du repas fait davantage penser à une pension de famille qu'à un hôpital psychiatrique (Mi 1953) ;
— armoires chauffantes (R.M.A. 1952) ;
— croissants le dimanche (J.M. 1955) ;

Le confort des pensionnaires a fait un grand pas :

— salle de jour avec tables rustiques (J.M. 1955) ;
— tables de chevet, vestiaire« (R.M.A. 1952) ;
— massifs de fleurs dans quelques pavil. (Mi 1952) ;
— peignoirs pour les douches (J.M. 1952) ;
— duffle-coats, « bleus », « blancs » (Mi. 1952);
— costumes coupe ville (R.M.A. 1954) ;
— le cantinier tient à sa disposition : papier à lettres, cartes postales, friandises (J.M. 1953) ;

dont l'achat lui est possible grâce au pécule qui, de 12 fr en 1948 passe à 24 fr en 1949, 48 fr en 1954, 60 fr en 1956.

Et les distractions ne sont pas en reste :

— T.S.F., tables de ping-pong, jeux de boules, de quilles (Mi 1950) ;
— jeu de cartes, d'échecs (R.M.A. 1950);

— cinéma, concours de belote, cercle de lecture : (J.M. 1950) ;
— radio-crochet (J.M. 1952) ;
— concours d'astuces (J.M. 1955) ;
— quitte ou double (Mi 1957) ;
— excursions des cols pyrénéens (R.M.A. 1950) ;
— 2 séances théâtrales (R.M.A. 1950) ;
— création d'un groupe artistique (Mi 1950) ;
— Premier bal le 14 juillet 1950 (sans évasion) : (Mi. 1950) ;
— bal du Mardi Gras (J.M. 1952) ;

Et dans le parc :

— peuplement du parc animaux (R.M.A. 1953) ;
— buvette, stands prés du lac (R.M.A. 1953) :
— balançoires, manège, portique (R.M.A. 1956) ;
— boulodrome, petit train (R.M.A. 1959).

Développement du confort et des distractions vont de pair avec une amélioration des relations sociales pensionnaires-infirmiers.

« Dans le circuit fermé où tu viens 8 heures, mais où nous sommes 24 heures sur 24, tout s'amplifie pour nous, et un geste de bienveillance, une parole aimable ont une valeur décuplée. Ainsi, au jour le jour, se tissent entre vous et nous, bon gré, mal gré, des rapports d'homme à homme » (J.M. 1950).

« Ici, nos moniteurs, infirmiers et infirmières, sont nos amis. Nous sommes arrivés à faire une grande famille » (Mi. 1954).

« Il est à remarquer dans ces jeunes infirmiers, un grand dévouement et une grande courtoisie. Ils sont à la hauteur de leur tâche, l'antique gardien a enfin disparu pour faire place au véritable infirmier » (Mi. 1955).

Il n'en était pas ainsi de tous les infirmiers puisque l'un d'eux fut sanctionné, à la même époque, pour avoir frappé un malade avec un martinet à lanières de cuir (CDS-46).

On peut noter, à ce propos, le développement des relations intérieures grâce aux journaux muraux et à « Minerve », deux moyens d'expression des pensionnaires depuis 1950; il s'agit bien de deux organes distincts qui, parallèlement, vous content la petite histoire de l'hôpital,

mais l'un est fait de traits rapides qui saisissent tous les petits travers ou les améliorations vécues comme telles et reste vraiment la « tribune libre » du « tout pensionnaire », alors que l'autre est plus « littéraire », journalistique, avec critiques, polémiques, autour d'un article publié par d'autres hôpitaux psychiatriques, comptes-rendus d'excursions, de matches, astuces, dessins humoristiques, interviews, et reste l'apanage de quelques plumes.

Il n'en reste pas moins que, sous deux formes différentes, le pensionnaire de l'H.P.L. est autorisé à faire part de ses désirs, de son mécontentement ou de ses plaintes à l'ensemble des pensionnaires et à la Direction, comme il est le reflet assez exact de l'opinion publique.

Ainsi on peut y lire :

« Les veilleurs veillent bruyamment. » (J.M. 1950).

« Faudrait quelques cendriers ».

« Il manque des manteaux. » (J.M. 1952).

A côté de :

« Il arrivera un jour — espérons-le, souhaitons-le — où les moniteurs seront plus nombreux que les infirmiers. Ce jour-là un grand pas aura été franchi dans la libération des hôpitaux psychiatriques ».

C'est ainsi également que se manifeste une « vox populi », faisant apparaître une responsabilité sociale :

« Nous sommes obligés de reconnaître qu'il est un peu simulateur ! » (J.M. 1952).

« Pour quelques cloches, la collectivité paiera. » (J.M. 1952).

« Se bagarrer ne sert à rien, il faut apprendre à se supporter les uns les autres. » (J.M. 1955).

Cette époque 1948-1960 marque aussi l'apparition des excursions, les sorties d'essai et le reclassement des pensionnaires sortants, le contact avec l'extérieur, la Société, par la pénétration de celle-ci dans l'hôpital à l'occasion d'abord des fêtes annuelles, des kermesses, des bals, puis tout simplement attirée par le parc, le lac...

L'évolution des thérapeutiques mises en œuvre pour l'amélioration et la guérison du malade mental ne cessent de faire des progrès dans divers domaines :

— L'électrochoc apparaît en 1944, les cures de Sakel

en 1948, les cures de sommeil en 1954 (R.M.A.) et tous les neuroleptiques sont utilisés, souvent même avant leur commercialisation.

— Les consultations de spécialistes à l'hôpital même se multiplient.

— Le personnel médical et infirmier ne cesse de croître, et ce dernier bénéficie d'un enseignement médical, psychologique et sociothérapique; les moniteurs se font chaque jour plus nombreux (62 en 1958) et, pour la coordination de la rééducation du malade mental, sont instituées les réunions hebdomadaires des médecins, des infirmiers et des moniteurs. (R.M.A. 1956).

— L'ergothérapie offre un éventail de plus en plus grand avec la création, pendant cette période, de nouveaux ateliers, avec surtout un outillage complet et moderne, comme une machine à tricoter au pavillon II hommes, et qui permet de varier au maximum la production afin de ne pas « fatiguer » le pensionnaire; grâce au talent inventif des moniteurs et à l'aide de la Direction médicale et administrative, le travail des pensionnaires n'a plus rien de commun avec celui des prisons, où on ne connaît guère que la vannerie.

Les thérapeutiques de réadaptation sont mises en œuvre l'une après l'autre :

— Conférences et groupement « Art et Théâtre » dirigés par les pensionnaires. (Mi. 1952).

— Organisation d'équipes sportives. (J.M. 1955).

— Création de l'Harmonie. (Mi. 1958).

— Séances d'éducation physique, cours de solfège, chant et harmonie. (R.C.S. 1959).

— Naissance de l'Ecole Ménagère en 1958.

— Naissance de la kinésithérapie en 1959,

destinées principalement aux grands infirmes mentaux non sociabilisés, allant du jeune encéphalopathe ou débile au vieillard gâteux, en passant par le schizophrène enlisé.

La sociothérapie se complète par le développement de l'ingérence du pensionnaire dans la vie de l'hôpital, en particulier par l'intermédaire de l'Amicale, qui gère la cantine, les commerces de limonaderie et de glaces, organise des sorties et excursions, des spectacles, sans

compter son rôle de « vox populi » par ses réunions et la publication de « Minerve », enfin une Commission des Menus, formée de pensionnaires, se réunit régulièrement. (R.M.A. 1958).

Le confort physique et moral se complète par la modernisation des Salons de Coiffure Dames et Messieurs, l'existence d'une manucure (Mi. 1954), sans oublier la véritable révolution créée par la suppression de l'uniforme, chacun a ses vêtements personnels comparables à ceux « du dehors » par leur diversité de coloris et de coupe.

Enfin cette période dite de « socialisation » aura vu une autre révolution, et combien retentissante celle-là, l'ouverture des portes en décembre 1959, alors que celles de tous les autres hôpitaux psychiatriques étaient toujours fermées et que certaines le sont encore.

4° *Le cadre actuel de l'H.P.L.*

Depuis 1960, la sociothérapie a encore fait de nouveaux progrès.

L'amélioration du cadre s'est poursuivie, et pour cela il suffit de lire le Docteur DE VERBIZIER :

« L'aménagement du vestiaire, le boxage des pavillons, l'amélioration de l'éclairage, de l'aération, de la lutte contre le bruit, de la décoration, du mobilier, de la présentation des repas à table, de la vaisselle, la transformation des « cours en jardins », sont autant de progrès en train de se réaliser. » (R.M.A. 1960).

Aménagement du pavillon de psychothérapie appliquée au judo, construction d'un nouveau salon de coiffure messieurs et du grand golf.

Le pavillon I hommes s'est enrichi d'infirmières, l'essai, pratiqué en 1961, s'étant révélé bénéfique pour le malade.

Le ménage est fait, dans les pavillons hommes, par des employées femmes. (R.M.A. 1960).

Esthéticienne, pédicure et professeur de danse sont venus compléter le confort du pensionnaire. (R.M.A. 1962).

Plusieurs thérapeutiques nouvelles sont apparues :

— La psychothérapie de groupe (R.M.A. 1960), et surtout le Club, destiné à la réadaptation des fonctions supérieures de relation de la personne avec elle-même et

son milieu, dirigé par un médecin, un enseignant spécialisé et un moniteur adjoint. Ce Club, par ses disques, ses cours et ses causeries, cherche à réveiller les fonctions supérieures du malade mental, et surtout à rééduquer les moyens et les facultés d'expression chez ceux que la maladie mentale prive du contact humain et constructif, sans atténuer notablement les facultés d'élaboration.

A ce Club est jointe une école de judo, qui a pris son essor avec le Docteur LAUFF qui, depuis son départ, est remplacé par un professeur, et qui constitue une véritable thérapeutique pour le malade mental, comme l'écrit le Docteur LAUFF dans l'*Information Psychiatrique* de novembre 1961 : « Dans leur histoire, les malades mentaux ont eu des événements très graves, des échecs qui ont marqué leur vie et ils cherchent dans le délire, dans le rêve, dans la confusion du rêve avec la réalité, une voie de compensation à ces échecs dont ils n'ont pas su se relever. Or, le judo est une école d'efficacité et, par conséquent, c'est une école de réalité... C'est une valorisation inespérée de leurs capacités résiduelles... Il en résulte que, non seulement ils apprennent quelque chose de tout neuf pour eux, mais ils ont le sentiment qu'on leur enseigne un comportement enfin affectif, un comportement d'attaque et d'initiative dont ils se sentaient depuis longtemps incapables. »

Cette poursuite des thérapeutiques de réadaptation s'est étendue à toutes les catégories de malades mentaux, y compris ce que l'on a coutume d'appeler la défectologie psychiatrique, qui se trouve réduite à un minimum :

« Sur une population hospitalière, au 31 décembre 1961, de 1.111 malades, il y a 261 malades de plus de 65 ans, mais il n'y a que 33 vieillards désociabilisés, c'est-à-dire ne se livrant à aucune activité utile et n'entretenant spontanément aucun rapport ni avec le personnel ni entre eux. » (Docteur SIMÉON).

Même le gâtisme des vieillards a pratiquement disparu, et ceci grâce aux soins diligents du personnel et à une réadaptation gériatrique qui consiste essentiellement à les mêler à l'ensemble des pensionnaires dans

leurs distractions, et à les faire assister à leurs travaux à l'intérieur même des pavillons ou des ateliers, tandis qu'ils peuvent voir les travaux extérieurs et jouir du parc grâce aux promenades régulières à pied ou dans des calèches qui viennent les prendre dans les cours des pavillons.

Si le vieillard est intégré à la vie sociale de l'hôpital dans la mesure de ses moyens, l'ensemble des pensionnaires de l'H.P.L. s'intègre progressivement dans la Société, grâce aux contacts permanents qu'elle a avec elle, à l'hôpital même ou à l'extérieur, et cette Société finit par constater que le malade mental n'est pas le « fou » qu'elle s'était imaginée.

B. — LA DESALIENATION
RESULTAT DE LA SOCIALISATION

1° *Du point de vue social, le malade mental n'est plus un aliéné :*

Il est évident, d'après ce que nous venons de voir, que le malade mental a subi une évolution considérable en une vingtaine d'années, qui l'a fait passer du stade de « fou carcéral » à un stade de socialisation comparable à celui de tout citoyen et quelquefois même supérieur, surtout en ce qui concerne le confort; nous croyons, en effet, qu'il est réservé à une minorité de citoyens de pouvoir, au prix d'un travail modeste et même sans, profiter de toutes les distractions de l'H.P.L., de s'offrir manucure, pédicure et kinésithérapie, même si le besoin s'en faisait impérieusement sentir, sans compter tous les soins qui lui sont donnés par un personnel compétent et dévoué.

Le pensionnaire de l'H.P.L. a également, comme nous l'avons vu, « voix au chapitre », grâce à ses délégués, à « Minerve », et nous pensons qu'il s'agit, là aussi, d'un élément d'une véritable désaliénation sociale du malade mental que nous nous proposons d'étudier sur les plans individuel et collectif.

2° *Intégration individuelle dans un cadre social :*

L'aliéné des années 1938-1945 était un membre d'une société de type ancestral où régnait la loi du plus fort, où il se battait pour manger à sa faim ou simplement pour montrer qu'il était effectivement le plus fort, et avait droit à respect, considération et confort matériel supérieur à celui de son entourage.

Cet individu avait perdu le sens ou le goût du travail, et voilà qu'il s'y est mis, parfois difficilement, mais une fois qu'il a repris une activité, rare est celui qui l'abandonne ensuite. La paresse, d'ailleurs, n'est pas

encouragée, puisque un pensionnaire qui s'arrête sans raison médicale se voit, d'une part, supprimer son pécule et, d'autre part, confiné au lit puisqu'il est « fatigué ». Par contre, tout travailleur a droit à un congé payé, tout comme son moniteur ou chef d'atelier.

De plus, l'ergothérapie lui a rendu ou développé, d'une part, son sens social, puisque tout se fait en « équipe », d'autre part, ses facultés d'adaptation à un travail car, vue la diversité des activités, il peut, suivant ses goûts et ses moyens, poursuivre une *activité* ou en changer et, dans chacune d'entre elles, progresser, ce qui est le but même de l'ergothérapie : la mise en valeur des capacités résiduelles du malade.

En effet, outre les ateliers que nous avons cités, d'autres activités sont proposées au pensionnaire : postes d'aide-moniteur, de tenancier de cantine, de préposé à la location des barques, des pédalos, des divers stands et attractions du parc ouverts à titre payant aux visiteurs, jusqu'à des emplois purement administratifs comme aide-comptable ou secrétaire.

Parallèlement à ce retour au travail, s'est développé le retour à des *distractions « normales »*, dont le nombre et la qualité ont progressivement augmenté, et cela en favorisant le rôle actif du pensionnaire qui, du stade de vedette de radio-crochet, est parvenu à celui d'artiste du groupe « Art et Théâtre ».

Travail et distractions, ergothérapie et ludothérapie ne constituent pas toute la vie sociale ni la sociothérapie. Il faut y ajouter différents éléments, parmi lesquels l'existence d'un *pouvoir d'achat régulier* ne semble pas le moindre. En effet, en 1962, un pécule journalier de 1 NF, qui représente somme toute « l'argent de poche », est suffisant pour de petites dépenses, distractions et ration de tabac étant gratuites, la cantine offre au pensionnaire un assez large éventail de denrées à des prix très raisonnables : Café, 0,25; soda, 0,15 et 0,20; glace, 0,40; paquet de biscuits, 0,80 et 1 NF; paquet de bonbons, 350 gr., 1,50 NF; tablette de chocolat, 120 gr., 0,65 NF.

Ce pouvoir d'achat est également utilisé comme thérapie, en ce sens que le pensionnaire réalise ses possibilités et apprend à s'offrir de petits plaisirs, ainsi doit-il

participer, bien que de façon le plus souvent minime, aux frais d'une excursion. Ceci est évidemment laissé à l'initiative des pensionnaires, parmi lesquels se trouvent aussi bien des dépensiers que des économes, et certains en envoient même à leur famille, comme nous l'ont appris le Médecin Directeur et le Surveillant Général.

Il est, par ailleurs, certain que la resocialisation ou la désaliénation sociale du malade mental s'est accompagnée de la transformation de la *conscience sociale*, qui s'exprime par la « vox populi »; nous entendons par conscience sociale la conception du Bien et du Mal à l'intérieur de cette Société que forment les malades mentaux à l'H.P.L.

En effet, la conscience sociale est variable dans une même Société et entraîne une notion de responsabilité vis-à-vis de la Société, définie suivant une norme dans un endroit donné, à une époque donnée. Nous ajoutons que, même à la période carcérale, cette conscience sociale existait : En effet, si L... nous dit (R.G. n° 1) : « Avant, le pensionnaire pouvait faire n'importe quoi, mais on pouvait lui faire n'importe quoi », ce qui s'adresse surtout au personnel mais semblerait sous-entendre qu'il n'y avait aucune loi dans le milieu « malades mentaux »; nous pouvons noter qu'à la même époque, tricher aux cartes n'était pas admis et était à l'origine d'un assez grand nombre de disputes et rixes. « C'était un milieu de voyous (R.G. n° 1), mais il existait bien au moins une certaine « loi du milieu ».

Il a donc toujours existé dans ce milieu psychiatrique une conscience publique, mais elle a évolué parallèlement à la socialisation.

« La vie était tellement agitée qu'on ne faisait pas attention à ce qui se passait autour de soi... Il y avait du bruit et des bagarres, même la nuit »; alors que maintenant faire du bruit la nuit, fumer une cigarette la nuit, se lever plus tôt que normalement (R.G. 1, 2, 3), est considéré comme une atteinte à l'ordre social. Ceci entraîne donc la notion de délit social dont la qualité et la gravité varieront avec l'individu, le milieu et dans le temps. Cette *responsabilité* sociale, née d'obligations

sociales qui ont évolué, comme nous venons de le voir, sous-entend :

— Une aptitude à s'astreindre à ces lois;

— Une acceptation de ces obligations et appelle son corollaire : la notion de sanction réclamée par la « vox populi ».

Il s'est donc développé progressivement, dans le milieu des malades mentaux de l'H.P.L., un *Droit*. En effet, de la conscience sociale se sont dégagées des obligations sociales, ou lois, qui requièrent d'être respectées sous peine de sanction. Si, autrefois, l'individu se faisait justice lui-même, il en appelle maintenant à la Direction qui, pour avoir supprimé l'arbitraire, se trouve investie d'un pouvoir judiciaire, et ceci pose des problèmes que nous aurons à discuter par la suite.

Une autre caractéristique de cette désaliénation du malade mental est la réapparition d'une *hiérarchie sociale* à l'image de la Société. Au même titre qu'une conscience publique, il a toujours existé une hiérarchie sociale qui, à l'origine, était basée sur la loi du plus fort. Si celle-ci a pratiquement disparu, les pensionnaires de Lannemezan ont ,tout comme la Société, bâti une échelle sociale à partir d'une échelle de valeurs : travail-intelligence-argent-autorité... que nous n'avons d'ailleurs nullement l'intention de juger en tant que valeurs.

La Société des malades mentaux de l'H.P.L., consciemment ou inconsciemment, possède ainsi une hiérarchie sociale.

Le critère « travail » amène inévitablement la naissance d'échelons sociaux au sein du même atelier : par exemple, celui qui ramasse des bouts de laine se retrouve, qu'on le veuille ou non, dans une situation inférieure à celui qui est préposé à la machine à tricoter... !

D'autre part, le rang social qu'occupait chaque individu à l'extérieur réapparaît au fur et à mesure que se normalise la société hospitalière; ainsi, au stade asilaire, le rang social était surtout fonction de la force ou de la débrouillardise, alors que maintenant la vie matérielle étant assurée, la société hospitalière tient compte de la situation antérieure des pensionnaires : l'institutrice, la secrétaire, le comptable ont une audience

plus grande que le manœuvre ou la femme de ménage, leurs propos font autorité.

Il s'agit de véritables surfaces sociales qu'occupe chaque individu, du simple pensionnaire au président de l'Amicale, en passant par le Délégué, du brouetteur au secrétaire, de l'assisté public au rentier...

De plus, le pensionnaire de l'H.P.L. a tendance à faire montre d'une certaine supériorité par rapport aux malades mentaux des autres hôpitaux psychiatriques. (Mi., Revue de la presse, 1954).

Ces phénomènes sociaux que nous venons d'étudier, travail, distractions, pouvoir d'achat, responsabilité, hiérarchie, ont donc subi une évolution considérable qui fait passer le « fou » à l'état de malade mental qui s'intègre dans un cadre véritablement social. Cette intégration sociale de l'individu s'accompagne d'une :

3° *Intégration collective dans l'ordre social :*

La société hospitalière toute entière a progressivement contracté des rapports de plus en plus fréquents et étroits avec la société, et il existe de véritables échanges, un système à double courant.

En effet, le pensionnaire pénètre de plus en plus dans la société à l'occasion des permissions qu'il passe dans sa famille, des sorties qui lui sont accordées pour se rendre seul au marché de Lannemezan, des sorties d'essai qui se multiplient (188 en 1955, 417 en 1961), des placements familiaux et professionnels, sans compter le nombre toujours plus grand des déplacements des équipes sportives, de l'Harmonie, et les excursions en autocars.

A l'inverse, la société se rend de plus en plus souvent à l'H.P.L. Nous sommes loin de 1938, où seules les familles pouvaient franchir les portes de l'hôpital deux fois par semaine (N.S. 38), et pendant trois heures seulement; maintenant, n'importe qui pénètre dans l'hôpital, et sans même avoir de portes à franchir; il faut voir les touristes de plus en plus nombreux venir visiter l'établissement et, attirées par sa renommée, des classes entières de lycéens demandant des visites organisées.

En dehors même de toute curiosité, que de monde dans le parc au moment des grandes vacances, qui voient

affluer des familles venues faire profiter leurs enfants de toutes les attractions du parc, et des colonies de vacances, sous l'égide de leurs moniteurs, prendre d'assaut les manèges, toboggans, etc...

A cet attrait que suscite l'H.P.L., il a même fallu marquer des limites « raisonnables » pour ceux qui se croiraient chez des « fous », et que tout est permis; ils trouvent aux entrées de l'H.P.L. :

« Ami visiteur, vous êtes ici dans le domaine des malades mentaux du département des Hautes-Pyrénées. Nous vous demandons de ne pas être moins raisonnable qu'eux. » (Int.) et, à la porte des pavillons : « Les visiteurs sont priés de sonner avant d'entrer. » (R.C.S. 60) et cela parce que « d'aucuns tendent à le considérer comme un jardin public... sans gardien... Il est bien difficile de faire respecter les fleurs... et que de gens qui viennent pique-niquer, encore heureux si les plus gros déchets sont rangés. » (Mi. 1961). Le pensionnaire montre ainsi son désir de voir l'homme normal dans une relation de dépendance et d'infériorité à l'intérieur de l'hôpital.

Il n'en reste pas moins que le pensionnaire de l'H.P.L. est heureux de voir se mêler à lui l'homme « normal » et recherche son contact en essayant de l'attirer à lui : vente de « Minerve » à l'extérieur, invitations aux fêtes, kermesses et bals de l'H.P.L., voire publicité par les journaux ou la télévision... Le succès même de ce contact est confirmé par l'affluence des visiteurs qui n'hésitent pas à revenir à l'H.P.L. et en parlent autour d'eux.

La désaliénation sociale du malade mental devient plus complète chaque jour et ce résultat propre à Lannemezan demande à être explicité : en effet, il s'agit de savoir pourquoi et comment le malade mental s'est désaliéné à l'H.P.L. ? Quels sont les facteurs qui ont permis sa désaliénation ?

C. — LES FACTEURS DE DESALIENATION SOCIALE DU PENSIONNAIRE DE L'H.P.L.

Pour tous ceux qui voient le pensionnaire de Lannemezan à l'heure actuelle, et qui savent ce qu'il était à l'époque carcérale, se pose le problème de savoir comment un « fou » asilaire a pu devenir un être avec lequel vous pouvez tenir des réunions, comment un pervers qui ne songeait qu'à se battre, casser des carreaux ou créer des disputes est devenu un travailleur, un camarade capable de représenter son pavillon comme délégué, de respecter le sommeil d'autrui ? (RI. De).

L'histoire de l'évolution sociale du malade mental de l'H.P.L. nous montre bien les étapes successives de cette évolution, et nous fait entrevoir les moyens mis en œuvre pour y parvenir, mais ne nous dit pas pourquoi cette réalisation a été possible.

La désaliénation sociale transformant progressivement le « fou » carcéral en pensionnaire, a donc résulté de l'intrication de facteurs extrinsèques au malade mental et de facteurs inhérents à sa personnalité.

Parmi les premiers, quels sont ceux qui ont pu amener le malade mental à se resocialiser ?

C'est tout d'abord l'amélioration des conditions de vie qui vient à l'esprit, et nous rappellerons les points sur lesquels elle a joué :

— Le cadre intérieur et extérieur a considérablement embelli.

— Les pavillons ont vu disparaître la salle de jour, apparaître une salle de séjour avec fauteuils, jeu de billard, un réfectoire au mobilier moderne, tout ceci agrémenté de plantes vertes. Les dortoirs, avec le boxage, se sont enrichis de tables vestiaires, partout les murs sont de couleurs vives et claires; lavabos avec eau chaude, eau froide sont en nombre suffisant; chaque dortoir est doté d'une douche et d'une baignoire.

— Les ateliers intérieurs se sont modernisés, aussi bien du point de vue confort qu'outillage ou diversification de la fabrication.

— A l'extérieur, des ateliers ont été créés et ont suivi la même évolution, la ferme s'est individualisée avec tout le confort que nous lui connaissons.

— Des lieux de distractions ont été ouverts : salle des fêtes avec cinéma et scène, servant à la fois pour les représentations théâtrales et les bals avec l'orchestre de l'H.P.L.; parc, où les attractions et les constructions pittoresques presque féeriques sont destinées autant aux petits qu'aux grands, aux retardés qu'à ceux ayant acquis un développement psychique normal, et captent leur attention; Club enfin avec, d'une part, sa section judo et, d'autre part, son côté à la fois distraction et école de réadaptation des fonctions supérieures de l'individu.

Le confort du malade mental s'est étendu à sa nourriture, qui est également devenue celle du personnel, comme le dit le Docteur UEBERSCHLAG dans son « Petit essai de Sociothérapie pratique » (*Information Psychiatrique*, 1956) : « La qualité de la nourriture et de sa préparation est assurée presque automatiquement quand malades et personnel reçoivent les mêmes rations dans les mêmes plats et, d'une façon générale, dans les mêmes conditions. »

Les plats sont conservés au chaud dans des armoires chauffantes; à la seule cuiller se sont ajoutés fourchettes, puis couteaux; assiettes et quarts métalliques ont été détrônés par assiettes de faïence et verres; la serviette a fait son apparition. Enfin, le quart de vin ou la bouteille de soda accompagne chaque repas.

L'habillement a fait des progrès considérables. Il n'existe plus d'uniforme de l'aliéné, mais des vêtements individuels. Les travailleurs ont, de plus, des bleus et des blancs. Les sorties par temps froid et humide sont possibles grâce au duffle-coat. Le linge personnel, inexistant au début, est apparu sous la forme de slips, tricots de corps, chemises de nuit, pyjamas, et même soutien-gorge et corsets.

L'amélioration des conditions de vie du pensionnaire s'est complétée par une liberté de plus en plus

grande : promenades, sports, ouverture des portes, excursions, possibilité de participer ou d'assister aux distractions, aux travaux des ateliers, permissions, sorties d'essai.

Ces améliorations matérielles ne font aucun doute, elles ont en quelque sorte élevé le niveau de vie du malade mental, mais peut-on croire qu'à elles seules elles ont pu amener cette promotion sociale du pensionnaire ? Bien entendu, avec l'amélioration de la nourriture, il n'a plus été nécessaire de voler un morceau de pain ou un fruit pour avoir suffisamment à manger; de même, le fait de recevoir un pécule et une ration de tabac sont des raisons suffisantes pour diminuer les vols, ainsi que le marché noir. L'apparition de vêtements divers explique bien que les malades n'aient plus un « uniforme ». *Mais toutes ces améliorations extérieures ne peuvent être des facteurs de désaliénation que dans la mesure où le malade mental prend conscience qu'il s'agit d'améliorations et veut en être digne.*

En effet, ce n'est pas parce qu'un individu, qui habituellement déchire et lacère ses draps ou ses vêtements, aura des vêtements neufs, qu'il ne les lacèrera pas; il faut d'abord qu'il se rende compte de la valeur de ce qui lui est accordé, puis qu'il fasse sienne cette estimation qui, en fait, émane du milieu.

Ainsi, un individu qui veut voir sa condition s'améliorer respectera des murs repeints à neuf, alors qu'il aurait fait des graffiti sur un mur sale ; il posera ses mégots dans un cendrier le jour où on lui en donnera un, alors qu'avant il les écrasait sur le plancher.

Il y a donc eu nécessairement une *participation active du malade mental à sa « normalisation », et une adaptation de son comportement* au fur et à mesure de la naissance et du développement des améliorations portées à son cadre. D'ailleurs, ceci est confirmé par le pensionnaire lui-même :

« Maintenant, on se respecte davantage. » (R.G.).

Le « fou » a donc appris ou réappris à se respecter, n'a pas refusé d'évoluer, a consenti et participé à la normalisation de sa conduite; mais « se respecter » ne

signifie pas désaliénation sociale, il n'en constitue qu'un fragment.

Pour qu'il y ait véritablement désaliénation sociale, il faut accepter de vivre dans une communauté et participer aux moyens d'existence de cette communauté, c'est-à-dire fournir un certain travail, accepter des obligations sociales, et donc ne plus commettre d'actes asociaux.

Il est incontestable que le malade mental de l'H.P.L. a consenti à cette désaliénation, et sa collaboration a été nécessaire, ne serait-ce que pour l'amélioration même de ce cadre et de ce confort pour laquelle, nous l'avons vu, il a fourni la majeure partie de la main-d'œuvre; cependant, si on se rappelle l'époque carcérale, le malade mental semblait véritablement hostile à toute obligation sociale et un adversaire acharné des « blouses blanches ». Un « primum novens » a donc été nécessaire au changement d'attitude du malade; de quelle nature a-t-il pu être ?

C'est là que le pensionnaire nous répond que ceci a été possible grâce au *climat de confiance* qui s'est établi avec le Docteur Ueberschlag (G.R. 1), qui pourtant s'était vu accueilli par ces mots : « Ah ! c'est toi le nouveau Médecin Chef ! Approche un peu que je te casse la gueule ! » Comment a-t-il pu gagner la confiance de ce « milieu de voyous » ? Le pensionnaire de 1962 nous le dit en termes très clairs : « Nous avons eu la justice, aussi bien envers les pensionnaires qu'envers les infirmiers. » (G.R. 1).

« Le personnel n'avait plus tous les droits. » (G.R. 2).

« On nous a donné des outils avec lesquels on pouvait travailler. » (G.R. 2).

Ces quelques mots montrent bien que ce qui importait surtout aux yeux de l'asilaire, était la *justice* et confirment en même temps qu'elle n'existait pas à l'époque carcérale. Cette idée de justice comprenait une notion d'égalité du malade mental et de l'infirmier devant la loi représentée par le Médecin Directeur. En plus de cette revendication d'égalité, le malade lui-même se reconnaissait donc une *aptitude à la sanction*, et ceci revêt une importance extraordinaire au point de vue de la notion

de responsabilité-capacité chez le malade mental; le pensionnaire lui-même a mesuré rétrospectivement ce changement d'attitude de la Société à son égard :

« Jadis, on reléguait l'aliéné et il était déchu puisque à jamais irresponsable. » (Mi. 1955).

Comment donc s'est opérée cette « justice » ? A l'égard des infirmiers, tout d'abord : le Conseil de Discipline statuait sur les fautes professionnelles commises par les infirmiers dans l'exercice de leurs fonctions, et le résultat des délibérations fut, à partir de 1946, consigné dans un livre.

Les fautes elles-mêmes sont de nature différente : négligence dans le service, sans conséquences matérielles, ou, au contraire, ayant permis le suicide ou l'évasion de malades.

— Vol de vin au préjudice des malades.

— Coups et blessures envers un malade, allant du coup de poing aux coups de martinet à lanières de cuir.

Ces fautes ont été sanctionnées de blâmes, de rétrogradations dans le grade, de privation de solde, d'extériorisation. Les infirmiers n'ont pas été les seuls à comparaître devant le Conseil de Discipline :

— S..., cuisinier, a été condamné pour faute professionnelle avec mise en disponiblité : deux mois sans solde, six mois avec demi-solde.

— C..., ex-boulanger, a reçu un blâme sévère, avec inscription au dossier, pour le vol d'un sac de pommes de terre, après avoir bénéficié d'un non-lieu devant le Tribunal Civil.

— B..., boulanger, inculpé de coups ayant entraîné la mort d'un malade, a été déféré devant la Cour d'Assises des Hautes-Pyrénées, qui l'a acquitté, mais le Conseil de Discipline a décidé son expulsion définitive.

Il ne s'agit là que de quelques extraits du Livre des Délibérations du Conseil de Discipline. Une remarque peut être faite quant à ces délibérations : plus on s'éloigne de 1945, moins les comparutions devant le Conseil de Discipline sont fréquentes, leur gravité diminue également, ce qui montre que l'H.P.L. a vu tout son personnel évoluer vers une conduite professionnelle plus digne,

et rapidement les félicitations sont devenues courantes, alors que les sanctions disparaissaient.

La justice dans l'H.P.L. s'est aussi exercée à l'égard du malade mental ; éliminant les services qui n'étaient pas sous l'autorité du Docteur UEBERSCHLAG, nous ne nous référons qu'au sien :

Ainsi, vers 1945, les coups à un infirmier étaient sanctionnés par 30 jours de « paille », alors que le coup de pied donné une fois par un malade au Médecin Directeur n'avait valu que 14 jours à son auteur. Cette clémence relative dont s'étonne encore De... (R.G. 1) montre que c'est le coup de pied qui était sanctionné et non pas la révolte contre une hiérarchie ; on a parfaitement le droit de s'opposer même au médecin chef de service, mais avec des moyens corrects. Les journaux muraux prouvent que l'émission d'idées originales ou même opposantes était permise pourvu que les règles du jeu — du droit en vigueur — fussent respectées. Les coups entre malades étaient également punis de cellule : « Arrivée à l'Hôtel du Bœuf de deux hôtes de marque, L. et A... tous deux grands boxeurs » (J.M. 1951), mais l'énoncé de cette sanction nous fait comprendre qu'il s'agit bien là de deux malades que n'en étaient pas à leur coup d'essai.

Ainsi ,nous voyons ce que le pensionnaire appelle aujourd'hui Justice : disparition d'une part, du caractère arbitraire de la relation infirmier-malade qui devient une relation contrôlée juridique, d'autre part, mise à l'écart des fauteurs d'agitation.

Outre cette « justice », le pensionnaire nous dit qu'il a eu confiance à partir du jour où on lui a donné des outils et un ouvrage à faire. Que cela a-t-il donc représenté pour lui ? Tout simplement, nous croyons qu'il a estimé qu'avoir des outils, un ouvrage à faire étaient des critères de revalorisation, en ce sens qu'il n'était plus considéré comme incapable aux yeux de la Société et qu'on acceptait de lui confier les objets représentant une certaine valeur matérielle, et même une chance d'évasion puisque L... nous dit : « Dans cet atelier, on volait des ciseaux et des marteaux pour s'évader » (R.I.L.).

Le malade mental s'est donc vu accorder une confiance qu'il traduit aussi par ces termes : « Il y a eu une augmentation de la liberté, et nous n'avons pas trahi la confiance qui nous était accordée, les évasions ont diminué » (R.G. 2).

En quelques mots, il s'est donc établi une *confiance à double courant* qui a réalisé un véritable climat de confiance à partir duquel ont pu agir ces facteurs extrinsèques de la désaliénation sociale. Mais ces mêmes facteurs extrinsèques, cette justice supposent de la part du Docteur UEBERSCHLAG une *conception particulière de la maladie mentale et du malade mental en hôpital psychiatrique.* Quelles étaient donc ses conceptions ? « La Réadaptation des malades des hôpitaux psychiatriques » Information Psychiatrique, mars 1954, nous en donne une vue d'ensemble :

Le malade mental entre à l'hôpital psychiatrique parce qu'il est en désaccord avec l'ordre social. Le but essentiel de l'hôpital psychiatrique et sa thérapeutique spécifique est de le réadapter en le rééduquant.

Il y a souvent lieu au préalable de préparer le terrain à la rééducation par les thérapeutiques biologiques.

La rééducation comprend 4 éléments essentiels :

1° Créer autour du malade une nouvelle société qui n'a pas envers lui la rigueur de la société normale. On supprimera dès lors chez le malade ses propres réactions de défense ou de vengeance (clasticité, agressivité, contre la société, gâtisme, etc...)

2° Grâce à la « réhabilitation sociale » on supprime chez le malade les réactions à son propre déficit (refuge dans la maladie, constructions délirantes, toxicomanies, désespoir, etc).

3° Tirer parti des possibilités résiduelles du malade et à partir d'elles lui rendre sa valeur sociale — ne serait-ce que dans la société asilaire. Si le « rythme » acquis à l'hôpital est socialement valable, le malade se réinsérera facilement dans la vie sociale courante.

4° Rendre au malade sa personnalité en lui rendant sa personnalité morale, c'est-à-dire la responsabilité de ses actes.

Pratiquement on se basera toujours sur les principes

d'éducation applicables aux jeunes, car si l'enfant n'est pas encore un être social, le malade mental a cessé de l'être. On créera donc à l'hôpital psychiatrique un cadre de vie dans lequel le malade sera constamment engagé on utilisera les « trois huit » :

— 8 heures de travail;
— 8 heures de distractions;
— 8 heures de repos.

Toute activité ou réalisation ou initiative qui rentre dans ce cadre — travail-distraction-repos doit être encouragée et d'une façon générale tout ce qui est social et qui contribue à créer ou renforcer les relations avec le milieu et les autres.

Tout ce qui est asocial : clasticité, cris, gâtisme, extravagances des attitudes, des vêtements, du comportement, délinquance de toute nature, doit être supprimé.

La rééducation est donc constructive et restrictive.

I. — Constructive :

Le Travail : Le travail « pour s'amuser » est un nonsens. Il n'y a de travail qu'utile et, selon le mot de Parchappe, il « doit toujours avoir pour destination principale, le bien-être des malades ».

Tous les travaux sont exécutés uniquement par les pensionnaires sous la direction d'infirmiers-moniteurs et d'infirmières-monitrices.

Les distractions.

Le repos : la nuit, le repos est réel, car toute agitation et bruits ont pratiquement disparu.

La chapelle et un aumônier sont à la disposition des pensionnaires.

II. — Restrictive :

— Décourager au lieu d'encourager les toilettes extravagantes, les peintures pathologiques, les cris délirants, le laisser aller vestimentaire, les attitudes anormales, etc...

— Isoler immédiatement le bruyant et l'opposant ; priver de distraction, de cinéma, de cantine, de sortie libre ou d'autres avantages appréciés, le malade qui se montre asocial.

— Recréer le réflexe conditionné, acte asocial :

désagrément. Nous n'avons pas hésité à créer chez les hommes une « salle de police » pour tout malade « délinquant lucide ». Seul le médecin, et en cas d'urgence le surveillant chef, peuvent y faire placer un tel pensionnaire.

Tous les visiteurs sont frappés par l'aspect normal de notre société hospitalière. Ce qui nous amène à parler de l'attitude des gens du dehors.

Le sentiment dominant du public, qui est toujours très largement admis dans l'hôpital, est l'étonnement, ce qui prouve qu'il est toujours prisonnier de ses préjugés, mais aussi que ceux-ci tombent à l'expérience directe. Notre formule : il faut que l'hôpital psychiatrique soit une maison de verre. Des expériences directes sont réalisées tous les jours de visite et même chaque jour de la semaine puisque l'hôpital et le parc restent ouverts constamment au public qui fréquente assidûment les bals et le lac-piscine en été, ainsi que les grandes fêtes (kermesse, Noël, Mardi Gras).

Il y a dans toutes ces manifestations une parfaite égalité entre les hospitalisés, le personnel et le public.

N. B. — Nous préférons le mot « pensionnaire » à celui de « malade ». Tous nos malades sont donc des « pensionnaires » d'autant qu'il n'y a qu'une classe unique dans l'hôpital, la nourriture étant strictement la même pour les pensionnaires que pour le personnel du haut en bas de l'échelle.

Les chambres sont attribuées par les médecins selon les exigences thérapeutiques et non économiques.

D. — INTERACTION DES FACTEURS DE DESALIENATION

I. — *Comment le malade mental a-t-il réagi à l'égard de cette réadaptation, de cette rééducation constructive* ?

a) *Vis-à-vis du travail,* le pensionnaire avait deux possibilités, accepter ou refuser. Les chiffres donnés par le Dr Ueberschlag en 1956, sont éloquents :

— 412 sur 509 Hommes travaillent ;

— 357 sur 486 Femmes travaillent.

Pratiquement, ne sont inoccupés que les vieillards ou les tout jeunes du service des enfants irrécupérables.

Et que pensent ces travailleurs ?

« Regardez la différence entre ce jardinier qui passe sa journée au grand air dans une ambiance idéale, et qui voit *ses* magnifiques parterres fleuris, et ce « zèbre » qui toute la sainte journée reste collé contre un mur, est avachi sur un banc, ou tourne en rond, indifférent à tout. » (Minerve 1952).

Le travail est admis comme un dérivatif à la maladie mentale et le refus de travail assimilé à une atteinte aux règles élémentaires de la vie en commun (R.G. Dames).

Depuis 1956, la proportion des « travailleurs » a encore augmenté, la défectologie psychiatrique a considérablement diminué; certains cependant n'ont pas voulu travailler.

— P..., S..., N.... Mlle B.,, et le pithiatique de la R.G. n° 2 se sont vus infliger un choc pour ce motif.

A part donc quelques exceptions, le pensionnaire a consenti à travailler, et a admis que l'ergothérapie était à la fois une revalorisation sociale, un dérivatif à la maladie mentale et un élément normal de la vie en commun.

b) *Les distractions,* par contre, n'ont évidemment pas posé le problème refus-acceptation et le pensionnaire a d'une part, tout fait pour garder celles qu'il

avait acquises. « Depuis deux ou trois dimanches, c'est le b..., au pavillon 5, et ça finira ainsi, le radiocrochet sera supprimé. Pour quelques cloches, la collectivité paiera. Faisons notre police nous-mêmes entre nous... » (J.M. 1952), et d'autre part, il s'est lancé dans la diversification de ces distractions et l'amélioration de leur qualité, en payant de sa personne par la création du groupe « Art et Théâtre », des conférences, et en sollicitant une aide de l'Administration ou de l'Amicale (radio-télévision).

c) *Le repos* est une des plus grandes conquêtes du pensionnaire qui l'a réclamé de tous temps :

— 1950 Les veilleurs veillent bruyamment (J.M.Mi).

— 1952 Le gallinacé S... dort le jour et piaille la nuit. Prière de le réveiller le jour pour qu'il nous laisse dormir la nuit (J.M.).

En 1962, il n'est plus permis de se lever plus tôt qu'à l'heure convenue .

Il a donc existé des étapes successives : revendication contre les infirmiers, puis on souhaite que le sommeil ne soit pas troublé par X ou Y, enfin, on exige le silence complet la nuit. On peut constater que la lutte contre le bruit est parvenue a un stade encore plus avancé que dans la Société, ce qui souligne l'importance que représentent calme et sommeil aux yeux du malade mental.

d) *L'interaction de ces facteurs et de la personnalité du malade mental a donc conduit à plusieurs éléments de désaliénation sociale :*

— *Le pensionnaire a appris à « se respecter »* comme il le dit lui-même et comme le confirment les Rapports Médicaux : « Depuis la suppression de l'habit-type « uniforme » et l'attribution de bleus de travail, aux travailleurs, nous avons eu la très agréable surprise de constater que nos pensionnaires s'habillent avec plus de goût et qu'ils prenaient davantage soin de leur vestiaire. »

— *Le pensionnaire est devenu un être humain respecté en tant qu'individu,* par le personnel, grâce à l'attitude prise envers ce dernier par le Médecin Directeur : (Techniques Hospitalières, mars 1955.)

« Enfin, nous avons accordé le plus grand soin à l'instruction professionnelle et morale du personnel qui

est l'infanterie de la psychiatrie hospitalière et donc la reine de ses batailles. Nous surveillons sa haute tenue après avoir éliminé quelques mauvais éléments. Son instruction, une fois acquises les connaissances techniques élémentaires, vise surtout à lui faire comprendre qu'il est tout entier — médical, administratif et technique — et à tout instant au service de l'intérêt supérieur du malade, que tout ce qui se passe dans l'hôpital peut et doit concourir vers ce but, qu'il ne saurait être question seulement de le soigner, de le surveiller ou de l'amuser, mais qu'il faut vivre avec lui comme un père et une mère avec son enfant, afin de l'aider sûrement à redevenir comme tout le monde, à se réhabiliter socialement en tant que malade mental, grâce à ses facultés de réadaptation sociale : il est devenu un réhabilité social.

— Enfin, *le pensionnaire a repris confiance ;* l'H.P.L. a essayé de lui donner une preuve éclatante de réhabilitation sociale, un certain « confort moral » que nous expose le Dr Ueberschlag dans Techniques Hospitalières Médico-Sociales et Sanitaires, mars 1955 :

« Nous nous efforçons de rendre l'accueil de nos pensionnaires aussi agréable que possible afin de les délivrer d'un certain nombre de préjugés inévitables et surtout de la peur, de cette affreuse peur, complexe qui leur fait toujours redouter un séjour à vie dans une basse fosse de la Société où ne règnerait que la folie. L'accueil se fait en groupe au cours d'un goûter par tout le Corps Médical et l'Assistance Sociale (*).

Le décès d'un pensionnaire n'est plus une simple affaire de morgue et de fosse commune, mais donne lieu à une cérémonie très digne à laquelle participent le Clergé, les camarades du défunt et la chorale.

Nous tenons essentiellement à ce que tout pensionnaire sache qu'aucun confort accessible à nos moyens budgétaires ne saurait être trop cher pour nous, ni trop beau pour lui.

Nous éviterons avec le plus grand soin que son travail soit exploité ou devienne monotone. C'est pourquoi l'hôpital ne vend aucun des produits fabriqués et s'efforce constament de varier les productions ».

Ce « *confort moral* » est d'ailleurs reconnu et apprécié par le pensionnaire :

« *L'humanisation de l'hôpital :* il est vain de souligner à quel point la sociothérapie a amélioré le moral du malade en le faisant gravir pas à pas les divers échelons de sa réadaptation sociale jusqu'à sa sortie, jusqu'à son nouveau départ dans l'existence (Mi., 1958).

C'est donc dans la mesure où cette réhabilitation sociale, cette confiance, ce confort moral ont permis au malade mental de l'H.P.L. la guérison et le retour dans la société qu'ils se sont justifiés à ses yeux.

II. — *La rééducation restrictive se traduit, sur le plan pratique, par des sanctions négatives. Qu'entendons-nous par sanctions positives, sanctions négatives ?*

a) *Les sanctions positives* consistent à accorder au pensionnaire une faveur, un non-dû, une récompense plus exactement; ainsi pouvons-nous considérer comme positives des sanctions telles que donner 0,5 NF à un pensionnaire qui aura fait une bonne « astuce », lui offrir une excursion méritée par son travail, sa bonne conduite.

A l'inverse, certaines sanctions ont été *négatives* :

— Ne plus aller à la chorale. (R.I.-R.).

— Ne plus aller à la musique. (R.I.-D.).

Cette catégorie de sanctions comprend aussi la suppression du bal, de la promenade du dimanche, ou d'une sortie hebdomadaire; être mis en cellule; recevoir un choc conscient.

b) *Sur quelles bases était fondée l'attribution de sanctions négatives au pensionnaire de l'H.P.L. ?*

« Peut-on prendre des sanctions à l'égard d'un malade mental hospitalisé ? », par le Docteur Ueberschlag (*Information Psychiatrique*, juillet 1954), nous en donne l'essentiel : En psychiatrie hospitalière, il s'agit de rééduquer le malade mental de façon à lui permettre le retour à une vie sociale normale, et pour cela il faut, outre le déficit mental proprement dit, guérir éventuellement le déficit social; notion qu'il précise dans : « Le problème

N.B. — Les séances d'accueil ont été supprimées à partir du moment où, par suite de la normalisation croissante du milieu hospitalier, elles ont été ressenties par le malade comme artificielles.

des sanctions en psychiatrie hospitalière » (*Information Psychiatrique*, juin 1956) :

Il importe de distinguer dans chaque homme un composant individuel et un composant social, le déficit du premier relevant de la psychiatrie de cabinet, et le désordre du second de la psychiatrie hospitalière. Cette distinction pourra paraître artificielle au point de vue purement théorique, mais elle est indispensable sur le plan pratique puisqu'aussi bien de « grands malades mentaux » échappent à toute thérapeutique tant qu'ils n'ont pas offensé l'ordre social, pendant que de « petits malades », pour peu qu'ils « troublent l'ordre public et la sûreté des personnes », sont nécessairement confiés à la psychiatrie hospitalière. Le premier devoir de celle-ci, à moins de se nier elle-même, est donc de reconstituer le composant social. A mesure que nous arrivons à identifier le composant social hospitalier avec le composant social normal (c'est-à-dire quand la société hospitalière devient identique à la société normale par la richesse de ses institutions et de sa civilisation), notre rééducation hospitalière s'identifie avec la rééducation normale et nous devons aboutir à une guérison sociale; si, entre temps, nous avons pu réduire également le déficit privé, nous aurons réussi une guérison totale... »

Par ailleurs, la sanction doit être non dégradante pour l'individu, la plus rapide possible et adaptée à l'accessibilité à la sanction du délinquant (1).

c) *Comment le malade mental a-t-il réagi à la sanction ?*

Quelles sont d'abord les fautes qui ont été sanctionnées ? L'indiscipline, l'agitation, l'évasion, la clasticité, la simulation, l'impudeur, des coups envers un autre pensionnaire ou un membre du personnel. Ces actes ont été considérés comme « *fautes* » dans la mesure où ils perturbaient l'ordre social établi.

Il est à noter que certaines mesures purement médicales, comme changer un malade de pavillon (R.I.-P.), lui administrer un médicament par voie I.M. (R.G. n° 2), mesures parfaitement et uniquement justifiées par les circonstances (surencombrement d'un pavillon, incapa-

(1) Cf. Interview du Docteur Ueberschlag.

cité professionnelle et technique, inefficacité professionnelle et technique, inefficacité d'un médicament donné « per os ») étaient vécues comme des sanctions, et nous ne parlons pas ici des décisions « *médicales* » qui sont en fait des punitions que l'auteur n'ose s'avouer comme telles.

Cependant, pour la plupart, les pensionnaires ont fait le rapport faute-sanction :

— X..., en 1961, s'est vu supprimer le « *droit* » d'aller le soir à la cantine parce qu'il rentrait régulièrement le dernier au pavillon, prétextant entendre mal: il rentre à l'heure depuis.

— E..., en H. P. depuis 1948, très impulsif, a connu en 1962, à l'H.P.L., salle de police et choc conscient « parce que je faisais le malin, ici ça ne marche pas », et nous dit : « En cellule, on s'y ennuie; les chocs, c'est désagréable. »

— L..., à l'H.P.L. depuis 1938, a « fait » à plusieurs reprises de la cellule pour coups envers les malades : « Je me battais comme tout le monde, et puis on allait à la paille et on recommençait. »

— Pe... nous dit avoir été puni de neuf jours de paille pour le bris d'un carreau consécutif à une bagarre déclenchée par le vol d'un fruit à un de ses camarades.

Il s'agit là de quatre cas de malades mentaux à qui le déficit privé, mental minime permettrait de rester dans la société, mais dont les tendances asociales considérables ont motivé l'internement.

Il y a ici, manifestement, établissement par le délinquant du rapport entre la faute et la sanction, mais également reconnaissance d'une culpabilité et d'une imputabilité.

Par contre, dans le cas du paralytique général qui a commis un attentat à la pudeur, le déficit mental est très important et pratiquement incurable, le malade est « *irresponsable* » au sens juridique du terme, mais reste accessible à une sanction physique, puisqu'elle a suffi à mettre fin à sa délinquance particulière.

Entre ces extrêmes, il existe toute une gamme d'individus présentant un déficit social et dont le déficit psychique est variable. Cependant, l'expérience de Lanne-

mezan nous montre que tous ces malades qui commettent des actes asociaux sont accessibles à une sanction, à condition que celle-ci soit adaptée.

d) *Accessibilité à la sanction.* — D... est accessible à la suppression de l'heure de musique, P... à la cellule, N..., E... à un choc. La sanction doit donc être adaptée à l'individu.

Cependant P..., dont le comportement dans les « *intervalles lucides* » est parfaitement social, a subi des sanctions diverses comme cellule, choc conscient, les sanctions mineures ayant dû être inefficaces.

C'est lors de ses épisodes hypomaniaques qu'il a été isolé et, lorsqu'il avait régressé à un niveau affectif très bas, analogue à celui d'un bébé, avec cris inarticulés et gâtisme, qu'un choc avait mis fin à son agressivité.

Nous voyons que l'accessibilité à la sanction a varié ici dans le temps et en fonction du degré de la maladie mentale, ce qui illustre l'idée que plus le déficit mental est important, plus la sanction doit être « *forte* », immédiate et s'adresser aux récepteurs physiques plutôt qu'au psychisme.

Mais il est d'autres cas où, le déficit mental n'ayant pas varié, la sanction a été différente chez le même individu.

— Ainsi X... a reçu un choc qui a mis fin à une hémiplégie simulée et s'est vu supprimer l'autorisation de se rendre le soir à la cantine pour des retards à rentrer le soir au pavillon. Il semble ici que l'accessibilité à la sanction ait été parfaite, puisque chaque nuance de la sanction, elle-même chaque fois adaptée à la faute, a été appréciée en dépit des particularités de l'état mental.

— D'autre part, L..., pervers constitutionnel, menteur, fabulateur, voleur, homosexuel, qui, à l'époque carcérale, semblait inaccessible à la cellule, a acquis une conduite sociale normale et tient maintenant le rôle de Suisse à la messe. C'est après qu'on lui eut accordé, à titre d'essai, de nombreuses autorisations de sorties qu'il fut extrêmement sensible au retrait de ces avantages, sanction utilisée chaque fois qu'un des anciens défauts avait réapparu. Il fallut ainsi, à trois reprises, supprimer toute permission et autorisation de circuler

seul dans l'établissement pour arriver à l'amélioration sociale actuelle, et qui dure depuis cinq ans. Encore son médecin traitant estime-t-il que c'est le fait de sa promotion de Suisse qui le rendit accessible à toute sanction, parce qu'elle lui avait conféré une dignité qu'il ne voulait plus perdre. Il en fit lui-même la confidence à des camarades et c'est, en fait, lorsque les privations de liberté furent assorties d'une suspension du bel uniforme et de la hallebarde, qu'on obtint enfin le résultat cherché. Il faut admettre que chez L..., dont le déficit privé est pratiquement inchangé, le déficit social est réduit, la guérison sociale a été obtenue.

L'accessibilité à la sanction existe donc dans la mesure où elle est adaptée à la faute, à l'individu et, chez le même malade, tient compte à la fois de son déficit privé et de son déficit social, au moment où il commet un acte asocial. Cette accessibilité nous montre, par ailleurs, que la guérison sociale est possible et que la sanction, au même titre que l'ergothérapie, la chimiothérapie, a sa place dans l'arsenal thérapeutique du médecin des hôpitaux psychiatriques.

e) Elle prouve enfin la persistance d'une certaine capacité à la responsabilité au-delà même des aspects les plus pathologiques qui soient. Ce fonds de responsabilité peut être développé grâce à des sanctions adaptées, et se détériorer dans le cas contraire; nous n'avons qu'à imaginer le pensionnaire de 1962 replacé dans le cadre carcéral pour avoir immédiatement une idée du comportement qu'il adopterait.

La rééducation du déficit social du malade mental interné nous semble, par ailleurs, avoir un retentissement possible sur la guérison de son déficit mental, dans la mesure où une normalisation du comportement social peut traduire une amélioration de l'état mental de l'individu considéré.

E. — LE NOYAU INALIENABLE DE PERSONNALITE ET LA DEMYTHIFICATION DE LA FOLIE

Comment pouvons-nous expliquer le fait que le malade mental, même handicapé psychique au plus haut degré, soit accessible aux divers facteurs de désaliénation sociale que nous avons dégagés ?

Il nous paraît indéniable que, quelles que soient la forme et la gravité de la maladie mentale envisagée (nous rappelons que nous n'avons fait aucun choix dans les observations ou les documents cités, si ce n'est pour éviter de nous répéter), il persiste chez le malade mental un certain fonds de personnalité normale qui constitue au minimum, en quelque sorte, ce qui doit être le noyau inaliénable de la personnalité. C'est là une hypothèse, mais l'expérience nous prouve que tout se passe comme si le malade mental, suivant le degré de son déficit mental et social, que celui-ci soit acquis ou constitutionnel, possédait toujours un certain fonds moral et social.

Le fonds moral et social serait susceptible de présenter à l'action thérapeutique une surface où elle agirait, cette surface constituant une capacité d'adaptabilité toujours subsistante. Cette capacité, sous l'action thérapeutique, si certaines conditions du milieu se trouvaient être remplies, pourrait permettre de réaliser une adaptation sociale du malade, tout au moins à une vie sociale protégée.

L'importance de cette capacité, son éloignement du noyau inaliénable de la personnalité, varient avec la gravité du déficit individuel, qu'il soit mental proprement dit ou social, ou encore mixte. De telle sorte qu'il semble que l'on puisse dire que la capacité à la responsabilité chez le malade mental n'est pas une réalité qui intervient dans ses motivations dès l'abord, même de façon fruste, mais seulement une fois les éléments pathogènes neutralisés par une action thérapeutique complexe. La

capacité à la responsabilité subsiste, mais masquée, détériorée dans une mesure variable.

Ce qui est essentiel est tout de même sa subsistance, car, dès lors, une certain action thérapeutique dans un milieu protégé peut la replacer chez l'individu au contact de la vie sociale, c'est ce que semble prouver l'expérience de Lannemezan.

C'est cette même responsabilité que le pensionnaire apprend à acquérir pour qu'il lui soit permis de retourner dans la société extérieure. Dans la réduction de son déficit social doit intervenir le développement de son fonds de personnalité. En effet, si la sanction est pleinement efficace, c'est-à-dire met fin à un comportement asocial, non seulement dans l'immédiat mais à longue échéance, il faut qu'elle ait développé ce fonds de personnalité, en ce sens que le délinquant, à défaut d'une notion de bien et de mal, ait acquis celle de permis-défendu et développé son sentiment de culpabilité.

L'expérience de Lannemezan nous montre que la sanction, utilisée comme moyen de réadaptation sociale, doit remplir certaines conditions pour être efficace, mais peut parvenir à son but, ce qui démythifie la « *folie* » en tant que comportement social pathologique.

En effet, c'est la guérison totale ou quasi totale du déficit social du pensionnaire de l'H.P.L. qui a permis de lui accorder une liberté, des responsabilités dans l'hôpital, et surtout d'ouvrir les portes à la société normale.

Ces aspects de la désaliénation sociale du malade mental, cette démythification obligent l'homme « *sain* » à reconsidérer le problème de la « *folie* » en tant que maladie sociale, à l'origine de l'aliénation du « *fou* », et le juriste à se poser, une fois de plus, le problème de la responsabilité chez le psychopathe.

F. — PERSPECTIVES QUI S'OUVRENT AU MALADE MENTAL

L'étude de la désaliénation sociale du malade mental à l'H.P.L. nous a montré que celui-ci avait subi une évolution considérable depuis 1938 sur le plan social comme sur le plan individuel.

Le pensionnaire s'est intégré dans un cadre social à plusieurs points de vue :

— Social proprement dit, car le pensionnaire jouit à l'H.P.L. d'une grande liberté, il peut dans une grande mesure choisir son activité ergothérapique, ses distractions, émettre son opinion dont il est tenu compte, manier son argent de poche, et surtout être libre de sa personne à condition de respecter certaines obligations du règlement de la maison, tout comme dans la société extérieure avec laquelle les rapports sont de plus en plus fréquents et étroits, et cela grâce à la normalisation de son cadre, de son comportement, voire de ses conceptions morales.

— Economique (*) : du fait de sa participation à une structure sociale, le malade peut, grâce à elle et par elle, s'intégrer dans une économie normale à laquelle il apporte une contribution non négligeable.

Sur le plan individuel, le pensionnaire a d'autant plus de chances de parvenir à la guérison que la démythification de la maladie mentale lui a montré combien il était en son pouvoir de participer lui-même à sa guérison; en effet, elle lui a appris à discerner ce qui, dans son comportement de malade mental, dépassait le normal pour devenir pathologique, et ce qui, dans le pathologique, peut être freiné ou même guéri : ainsi, tel malade sait maintenant qu'il ne lui est pas permis de se livrer à la clasticité, que celle-ci est désapprouvée dans l'H.P. qui réagit toujours à son égard, et tel autre qu'il ne lui est pas permis de tirer parti de sa maladie

(*) Voir à ce sujet thèse Docteur Siméon page 69 et suivantes.

au-delà d'un certain degré sous peine de léser le corps social hospitalier tout entier. La sociothérapie, avec tous les éléments qui la composent, développe quotidiennement son fonds inaliénable de personnalité et, en particulier, sa capacité à la responsabilité.

Le pensionnaire, comme nous l'avons vu, fait partie d'une société, dans laquelle se développe même une hiérarchie en fonction de la capacité d'assumer des responsabilités dans la vie hospitalière, qu'elles soient limitées à un atelier (aide-moniteur), ou étendues à un pavillon (délégué). Il peut espérer, à juste titre, une promotion sociale à l'intérieur de l'hôpital qui serait marquée par l'extension des attributions de postes de confiance; lui accorder progressivement de nouvelles responsabilités constitue, en effet, une réadaptation supérieure souhaitable et nécessaire lors de son transfert dans la vie extérieure, et nous pensons qu'elle doit être tentée et poursuivie, tout en n'ignorant pas que ces responsabilités peuvent être à l'origine d'un nouveau déséquilibre (1) qu'il y aura toujours lieu de prévenir, ce qui constitue précisément l'aspect et la justification thérapeutique de ces mesures de resocialisation, c'est-à-dire de la sociothérapie.

Le malade mental de l'H.P.L. peut encore espérer des contacts plus étroits avec la société; ceux-ci se font actuellement, dans l'hôpital, avec les visiteurs, chaque jour plus nombreux à l'occasion des diverses festivités, mais surtout attirés par la réputation de l'hôpital et les attractions du parc et, à l'extérieur, des rapports se nouent à l'occasion des permissions et des sorties d'essai; un autre élément des relations avec la société est constitué par la rédaction et la vente de « Minerve » et la vulgarisation des techniques hospitalières lannemezannaises, dont le but lointain est d'associer tout le public à la démythification de l'hôpital psychiatrique et donc, en tout état de cause, à la sociothérapie. Cependant, le pensionnaire a encore l'impression que ces échanges se font un peu à sens unique, l'homme normal venant côtoyer un moment le « *fou* » au comportement norma-

(1) On lira avec profit à ce sujet : « Les conduites d'autorité des malades mentaux sur un chantier à caractère expérimental », par le Docteur DE VERBIZIER.

lisé, et non vraiment nouer des relations avec un individu qui a été et redeviendra bientôt son égal, aura les mêmes devoirs et droits de citoyen.

En effet, les obligations sociales qui font loi à l'H.P.L. sont identiques à celles de la société extérieure, mais cependant le malade mental interné, sous le joug de la loi de 1838, a en pratique, au regard de la société, une étiquette d' « *irresponsable* », et il revendique lui-même une certaine « *responsabilité* ». (Mi 1955).

Or, de l'expérience de Lannemezan s'est dégagé le fait que tout malade mental présente une capacité à la responsabilité étant donnée son accessibilité à la sanction.

Comment pourrait se faire la transition malade mental-homme sain, du point de vue de la notion de responsabilité, avec son implication d'imputabilité, et ceci dans l'enceinte d'un hôpital psychiatrique comme celui de Lannemezan ?

Il est indéniable qu'un tel hôpital reste, du point de vue juridique, une communauté à part, au même titre que la famille, en ce sens qu'il se crée dans ces types de communauté un droit qui n'est pas celui des lois civiles et pénales qui régissent les rapports sociaux dans l'ensemble de la société.

Le Médecin Directeur, Chef de l'Etablissement psychiatrique, tout comme un chef de famille, est responsable devant la loi de ceux qui lui sont confiés. Outre le fait qu'il a des devoirs comme ceux de les nourrir, vêtir, éduquer, en un mot de les élever, le Médecin Directeur est responsable, d'après la loi de 1838, des dommages causés aux malades eux-mêmes (accidents, suicides, grossesses), et des dommages causés à des tiers, en tant que conséquence d'une faute personnelle du Médecin.

Par contre, la société lui reconnaît tacitement des pouvoirs qui excèdent ceux d'un médecin hors du cadre asilaire :

Article 8 du Règlement, modèle 1938 : « Le service médical, en tout ce qui concerne le régime physique et moral, ainsi que la police médicale et personnelle des aliénés, est placé sous l'autorité du médecin dans les limites du règlement intérieur mentionné à l'article précédent », qui sont en fait des mesures destinées à corriger

éventuellement les tendances antisociales des internés. Cet article rend donc le Médecin Directeur responsable de la discipline et lui confère en quelque sorte un droit de « *correction paternelle* ».

En effet, la société exige qu'à l'âge adulte un enfant, un adolescent soit devenu un individu entièrement responsable dont les actes asociaux pourront lui être imputés. La question de la responsabilité pénale du mineur est envisagée à part par une juridiction spéciale qui est chargée aussi bien de sanctionner que de prescrire un traitement à modalités diverses, susceptibles de rééduquer ou d'éduquer le mineur, pour instaurer chez lui le sens de sa responsabilité ou pour le recréer, suivant son âge ou la gravité du cas.

A l'H.P.L. il existe, au sens juridique du terme et au regard de la société :

— Des personnes présumées irresponsables mais qui peuvent présenter des intervalles lucides. Il y a là, évidemment, une assimilation, pour ne pas dire une contamination, avec la privation habituelle de l'usage de leur capacité civile.

— Un petit nombre de personnes déclarées irresponsables au sens de l'article 64 du Code Pénal et dont les fautes ne peuvent donc légalement leur être imputées.

Il est évident qu'entre ces extrêmes existe toute une gamme de niveaux, de degrés de capacité à la responsabilité comme il existe des degrés entre infirmité incurable et santé.

De plus, on peut considérer que chaque malade mental a un niveau de capacité à la responsabilité variable, non seulement dans le temps, mais également dans l'espace, pourrait-on dire, de leur propre personnalité, suivant que les mobiles de la faute qu'il commet ressortissent ou non au cadre de sa maladie (1); ainsi un paranoïaque « *en état de démence* », blessant celui qu'il croit être son persécuteur, est jugé « *irresponsable* » parce que non coupable, alors qu'un vol d'objet, par exemple, pourra lui être valablement imputé.

Sans doute y a-t-il analogie entre cette variabilité

(1) Voir à ce propos l'étude de H. Riser : « L'expertise neuro-psychiatrique devant les juridictions criminelles ».

de la culpabilité et celle de l'homme « *normal* » qui bénéficie des « *circonstances atténuantes* » (Circulaire CHAUMIE, 1905), suivant les circonstances familiales, sociales... qui sont considérées comme des données d'ordre psychologique appréciables et appréciées par la société et le Juge en particulier, et qui contribuent à déterminer la peine, donc l'imputabilité du prévenu. Lorsque celui-ci est présumé psychopathe, la société demande au psychiatre et à l'examen médico-psychologique et social, par l'intermédiaire du Juge d'instruction, d'interpréter en quelque sorte ses troubles au moyen de l'expertise neuropsychiatrique et de l'examen de la personnalité (article 81 du Code de Procédure Pénale), afin de pouvoir, en connaissance de cause, statuer sur le degré de sa responsabilité. Cette diversification de la culpabilité entraîne une individualisation de la sanction qui, dans la Société, vise à la réinsertion sociale du délinquant.

L'hôpital psychiatrique comprend un ensemble de personnes singulières aux yeux de la Société, c'est un lieu où la relation médecin malade a un caractère particulier, car si le médecin est avant tout thérapeute en ayant pour but de soigner et de guérir la maladie mentale, il n'en reste pas moins qu'il ne doit pas perdre de vue l'aspect social du problème qui consiste à rendre le malade mental à une vie sociale normale. Notons, car cela est important, que c'est dans une certaine perspective morale la seule justification de l'hospitalisation obligatoire telle qu'elle est définie par la loi du 30 juin 1838. Il se donne également pour mission de faire œuvre de sociothérapeute et, en particulier, de rendre au malade mental sa pleine et entière « *responsabilité* », qui fait partie constitutive des attributs de l'homme normal. Il doit donc :

— Protéger le noyau fondamental, inaliénable, de « *responsabilité* » existant chez le malade;

— Encourager les conduites « *normales* » et lutter contre les tendances asociales afin de développer ce noyau fondamental en le mobilisant constamment.

Il semble nécessaire, à cette fin, comme les résultats de l'expérience de l'H.P.L. nous incitent à le penser,

d'établir à l'H. P. un régime de sanctions, certes adapté à la condition de malade mental hospitalisé, mais régime de sanctions tout de même et aussi proche que possible (toujours avec le souci de mettre fin à la relégation, à la mise hors la loi du malade mental), d'un régime dans un milieu communautaire comparable (1). Nous ne faisons d'ailleurs que prolonger la pensée de MINKOWSKI (*Information Psychiatrique,* 1956) : « Il y a des malades qui réagiront mieux à une sanction du bien-fondé de laquelle ils sont capables de se rendre compte, que d'une mesure imposée sous le signe « traitement »; lui-même préfèrera peut-être ne pas être traité toujours en « malade ».

La sanction n'a pas uniquement un aspect négatif. Elle s'adresse au sentiment de responsabilité, se réfère à des exigences auxquelles l'individu n'a pas seulement à se soumettre faute de mieux, mais auxquelles il peut donner son adhésion en en reconnaissant le bien-fondé. La sanction, maniée évidemment d'une façon appropriée, est une mesure pédagogique. »

Il semble donc logique de penser que, en fonction de la capacité de responsabilité résiduelle du « *malade mental délinquant* », la sanction en H. P. pourra aller de la simple mesure préventive ou thérapeutique au sens médical du terme et les sanctions de type paternel, jusqu'à des peines qui pourraient être infligées par des magistrats. Mais, les Codes ne s'étendant pas aux H. P., on peut concevoir que les peines et les sanctions infligées au nom de la Société aux individus « normaux » ne peuvent s'appliquer telles quelles aux malades mentaux, et qu'il est indispensable d'adapter ces sanctions quantitativement et qualitativement; une invite est faite à la « pénologie » pour que cette science découvre d'autres traitements pénaux que ceux constitués par l'amende, la prison, la relégation ou les travaux forcés, et qui soient adaptés à des exigences thérapeutiques. Peut-être ouvre-t-on ainsi à une science, jusqu'ici enfermée dans le cadre de la peine appliquée à l'homme présumé normal, un nouveau champ d'expérimentation. Il s'agirait de partir d'un présupposé inverse qui, finalement, révèle l'identité

(1) Cf. UEBERSCHLAG : Salle de police par analogie avec la caserne.

des prescriptions pénologiques : éveiller le sens de la responsabilité.

La solution de l'asile-prison pour les malades mentaux délinquants reste valable, d'autant plus qu'hôpitaux psychiatriques et prisons ont actuellement un point en commun; en effet, ces deux types d'établissements parasociaux possèdent un régime de sorties temporaires, permissions et sorties d'essai pour les malades mentaux, chantiers libres et liberté conditionnelle pour les prévenus et les condamnés. Cependant, ces asiles-prisons sont exceptions et s'adressent à des multidélinquants réputés très peu intimidables; il nous semble, en l'état actuel des choses, médicalement impossible de leur adresser des malades mentaux dont les tendances asociales extériorisées sont minimes, et nous proposons plutôt qu'à l'H. P. (à condition, bien entendu, que son milieu soit suffisamment socialisé) soit affecté un Juge, *ou au moins qu'il puisse y être appelé de la même façon que le psychiatre l'est au Tribunal*; c'est au Juge que reviendrait, en H.P., la mission de statuer sur le cas des malades mentaux délinquants à responsabilité quasi totale, le Médecin restant pratiquement cantonné, dans sa mission sociale, à un rôle de « correction paternelle », soit dans les cas de délits mineurs même de la part de malades de haute responsabilité, soit pour des délits graves mais commis par des malades ou infirmes dont le niveau de capacité à la responsabilité est très bas, et dont la connaissance — qu'elle soit apprise ou réapprise— du permis-défendu nécessite des sanctions immédiates et facilement — c'est-à-dire physiquement — perceptibles, puisque, par définition, ces malades sont précisément de bas niveau et incapables de représentations symboliques valables.

Dans la Société, au degré de responsabilité correspond un certain degré de publicité, ainsi le Juge des enfants dispose de la simple « correction paternelle », le Tribunal des Enfants juge à huis clos alors que le Tribunal des Adultes juge en présence de la Société. La présence de l'assistance, admise et désirée, est effective, croyons-nous, pour deux raisons :

— Principalement, afin que la société sache qu'il est fait justice;

— Secondairement, à titre de garantie pour l'inculpé

Nous pensons que la justice, à l'H. P., pourrait, de même qu'à l'extérieur, avoir ses degrés de publicité.

Il nous semble, par ailleurs, que, du point de vue expérimental, l'H. P. constituerait pour le couple Juge-Médecin un terrain exceptionnel d'observation. En effet, contrairement à ce qui se passe dans la Société, le Psychiatre et le Juge ont, en fait, la possibilité de voir le comportement du malade avant, pendant et après le « délit », ils pourraient contrôler et surtout modifier éventuellement l'application de la sanction :

— dans sa durée,
— dans son déroulement,
— dans sa nature.

Enfin, ils sont en mesure de constamment vérifier la valeur thérapeutique de la sanction, qui sera véritablement thérapeutique dans la mesure où elle fera prendre conscience au malade qu'il est délinquant, c'est-à-dire où elle lui fera redécouvrir la notion et la fonction de responsabilité. La sanction est, en effet, véritablement thérapeutique dans la mesure où elle rend au malade, ou l'affermit en lui, sa responsabilité, car celle-ci est partie constituante de la personne normale.

Cette expérimentation permettra, pensons-nous, d'adapter au mieux la sanction à l'individu, au but visé, et peut-être même de la codifier.

Nous estimons, d'autre part, que la présence d'un Juge à l'H.P. serait, au-delà de son rôle fonctionnel que nous avons essayé de définir, une marque de réhabilitation sociale pour le malade mental. Celui-ci verrait *enfin la Société lui reconnaître une capacité à la responsabilité,* un pas définitif serait ainsi fait dans la démythification de la folie aux yeux de la Société, avec le double avantage pour elle de ne plus être acculée à l'aliénation du malade mental et de préserver toutes ses chances de récupération.

Nous souhaitons, en effet, que l'opinion publique soit mieux éclairée, qu'elle comprenne mieux la maladie mentale et diminue son appréhension envers l'H. P. Ainsi, la Société sera amenée à lui confier plus volontiers des psychopathes avant qu'ils ne commettent des actes

de « *dément* » et qu'échappant à toute action judiciaire ils n'aboutissent à la misérable condition d'incurables dangereux.

Après cette étude des sanctions dans leur aspect réprimande, nous voudrions revenir sur la sanction dans son aspect récompense, l'autre volet du dyptique indispensable pour la pédagogie de la conduite. En effet, c'est souvent par l'attribution de récompenses que l'on peut modifier le comportement d'un individu, à condition qu'elles soient adaptées à ce même individu.

Ainsi L... est accessible à la fonction de Suisse, alors que X... le sera à la publication d'un article dans « Minerve », et Y... à l'attribution d'un rôle dans une pièce théâtrale... L'existence de cet aspect récompense de la sanction permet, en outre, de diversifier l'aspect réprimande, qui pourra uniquement être représenté par la suppression de l'avantage précédemment accordé, et cette sanction sera alors d'autant plus efficace qu'elle était, au départ, mieux adaptée.

La récompense nous paraît souhaitable et nécessaire au point de vue pédagogique, en ce sens que, comme l'enfant, le malade mental y est très sensible et qu'il a besoin avant tout d'être encouragé.

CONCLUSIONS

Notre étude de la désaliénation sociale du malade mental à travers l'expérience de Lannemezan nous a conduit à utiliser des documents très divers émanant de médecins, juristes, administrateurs, personnel médical, malades mentaux et de nature différente (textes juridiques ou administratifs, publications, déclarations, observations sociologiques, etc...) qui ont, nous l'espérons, permis au lecteur comme à nous-même, d'acquérir une vue d'ensemble de l'H.P.L., de son cadre, des thérapies utilisées, des conceptions médico-sociales et surtout des opinions qui y ont cours.

Après avoir dégagé les étapes successives de la vie sociale à l'H.P.L., nous avons recherché les facteurs qui ont transformé le fou en malade mental, puis en pensionnaire d'un hôpital psychiatrique moderne, et essayé de montrer dans quelle mesure ces facteurs ont contribué à le désaliéner.

Nous avons enfin tenté d'expliquer pourquoi et comment un malade mental pouvait espérer guérir, et nous avons abouti à la nécessité d'admettre la subsistance chez tout malade d'un fonds moral et social, que les diverses thérapies pouvaient développer jusqu'à recréer une personnalité assez complète pour permettre le retour dans la société, avec ses droits, ses devoirs et ses exigences.

C'est dans la mesure où l'expérience de Lannemezan nous prouve la possibilité de normaliser socialement tout malade mental en faisant appel surtout à son fonds de responsabilité, qu'il nous paraît indispensable de lui accorder un statut juridique spécial.

Ce statut abandonnerait la relégation dans l'irresponsabilité telle que l'implique l'article 64 du Code Pénal, et semble la justifier une interprétation abusive des dispositions de la Loi du 30 juin 1838 et de la gestion obligatoire des biens de l'interné par un administrateur prive le malade mental de l'usage de sa capacité civile et lui reconnaîtrait en toute circonstance une capacité à la responsabilité plus ou moins atténuée, mais non différente par nature de celle de l'homme normal. Ainsi le Juge pourrait-il être appelé à l'hôpital psychiatrique comme le psychiatre est appelé au Tribunal, même si en temps ordinaire le Juge peut se passer de ce concours, tout comme le psychiatre hospitalier peut, à l'aide de sanctions paternelles, maintenir la justice dans son hôpital.

Toujours est-il, que la sanction, en recréant ou plus souvent même en redéveloppant, renforçant la capacité à la responsabilité chez le malade mental, lui rend une partie essentielle de sa personnalité morale et sociale et fait donc œuvre thérapeutique, tout comme la sociothérapie en général, en régénérant les autres composantes de cette personnalité, est effectivement une thérapeutique hautement désaliénante. Elle l'est au point de rétablir les ponts entre le malade mental et la société qu'une relégation injuste, dégradante et extrêmement aliénante avait malheureusement rompus.

Les facteurs essentiels de la désaliénation des malades mentaux sont bien ceux qui lui rendent les composantes morales et sociales de sa responsabilité, et ces facteurs sont thérapeutiques dans la mesure même où ils contribuent à les lui rendre ; ils consistent tous à lui proposer patiemment, progressivement et à des doses assimilables et surveillées, les mêmes habitudes de vie, prérogatives et obligations qu'à l'homme normal. Toutes mesures contraires sont aliénantes et malfaisantes en particulier, la dénégation de toute responsabilité et du droit à la sanction.

Nous espérons que notre étude de la désaliénation de la société hospitalière existant à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan aura contribué à démontrer cette double vérité qui s'impose au psychiatre comme au juriste.

Vu : *Le Président de Thèse :*
PLANQUES.

Vu : *pour le Doyen :*
BLANC.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 5 janvier 1963

Le Recteur :
Président du Conseil de l'Université :
DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

ABELY (X). — Responsabilité pénale des Directeurs et Médecins des Etablissements Psychiatriques en cas d'évasion. *Inf. Psych.*, 1962.

ABELY (X.) et LAUZIER (J.). — Assistance et protection des malades mentaux, 1950.

ASTIMA (J.) (Maître). — Le Médecin d'Hôpital Psychiatrique a-t-il le droit de punir un malade ? *Inf. Psych.* Juin 1956, p. 324 à 331.

BALLET (G.). — L'expertise médico-légale et la question de responsabilité. Ed. Masson, Paris, 1907 (476 pages), pages 51 et 52, 86 à 88.

BARUK (H.). — Psychiatrie morale expérimentale individuelle et sociale.

BERTRAND (V.). — Sanctions et thérapie psychiatrique. Beaucoup de bruit pour rien ? *Inf. Psychiat.* Juin 1956, p. 378 à 388.

BONNAFÉ (L.). — Sanctions punitives et psychothérapie collective. *Inf. Psychiatrique,* Juin 1956, p. 348 à 365.

BROUSSOLLES (P.) et LE GUENT (M.). — Expertises Psychiatriques. *Information Psychiatrique,* Mars-Avril 1961, p. 163 à 183.

BRUN-BLEULER (Y.). — A propos des conduites d'autorité des malades mentaux sur un chantier à caractère expérimental. *AGET,* Toulouse, Juin 1961.

CLAUDE. — Psychiatrie Médico-Légale, *Edition Doin,* Paris 1944.

DAUMEZON (G.). — Le médecin ne peut punir. *Inf. Psych.*, Juin 1956, p. 297.

DESHAIES (G.). — Le problème des sanctions à l'hôpital psychiatrique. *Information Psychiatrique,* Juin 1956, p. 365 à 370.

FAUCONNET (P.). — La responsabilité. *Thèse Lettres,* Paris 1920,

FRANCOTTE (X.). — De la responsabilité pénale en particulier, de la responsabilité atténuée et des mesures à appliquer aux délinquants demi fous. *Bulletin Société Méd. Mentale de Belgique,* N° 144, 1909.

FOLLIN (S.). — Réflexions critiques sur le problème des punitions dans la communauté hospitalière à l'hôpital psychiatrique. *Information Psychiatrique,* Juin 1956, p. 370 à 378.

FOUCAULT (M.). — Histoire de la folie. Edition Plon, 1961 (572 pages).

GRASSET (J.). — Demi fous et demi responsables. Pari, *Edition Alcan,* 1907.

LAFON (J.). — La responsabilité civile du fait des malades mentaux. *Thèse Droit* 1960, Lib. Générale Droit et Jurisprudence.

LAMARCHE SIVADON et UEBERSCHLAG. — Etude d'un centre de réadaptation sociale sous la forme d'un village pour handicapés mentaux. *Information Psychiatrique,* Janvier 1961.

LAUFF (J.). — Le Judo et la maladie mentale. *Information Psychiatrique,* Novembre 1961.

LEAUTE. — Responsabilité pénale. Edit. Dalloz 1961.

MAIRET (A.). — La responsabilité. Edition Coulet et Fils, Montpellier 1907 (136 pages).

MINKOWSKI (E.). — Quelques remarques sur les sanctions. *Information Psychiatrique,* Juin 1956, p. 340 à 348.

OURY (J.). — A propos de la punition. *Information Psychiatrique,* Juin 1956.

POMPE (H.). — La responsabilité des psychopathes. *Revue du Droit Pénal et Crim.* 1952-1953.

Porot et Bardenat. — Anormaux et malades mentaux devant la justice pénale. Librairie Maloine, 1960, 259 pages.
— Psychiatrie Médico Légale. Librairie Maloine, 1959.

Planques (J.). — La Médecine légale judiciaire. *Que Sais-Je* 1959, 127 p.

Planques (J.) et Merle (R.). — L'expertise neuropsychiatrique et le nouveau Code Pénal. *Société de Neurologie et de Psychiatrie* 1959 de Toulouse et du Sud-Ouest.

Puzin (M.). — Guide pratique pour la Sauvegarde de la Jeunesse. Edition, Paris 1961.

Ragu-Frey. — Le Médecin devant la question des sanctions. *Inf. Psychiatrique,* Juin 1956, p. 335 à 340.

Raymondis (L. M.). — Etude de la conception législative et jurisprudentielle du rôle du Médecin et de ses conséquences dans la définition de l'acte posé en justice par le Médecin, janvier 1962.

Raymondis (L. M.). — De quelques aperçus sur les problèmes juridiques posés par la subsistance de l'aptitude à la sanction chez le Malade Mental interné.
A paraître : *La Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal Comparé.* Editeur Sirey, n° 11, 1963.

Raynier (J.) et Beaudoin (H.). — L'assistance psychiatrique française, 1950.
Revue de Police Criminelle. La responsabilité pénale des délinquants anormaux. Janvier 1957.

Riser (H.). — L'expertise neuropsychiatrique devant les juridictions criminelles. Libraire Générale Droit et Jurisprudence. R. Pichon et R. Durand Auzias, 1956.

Racamier. — Introduction à une sociopathologie des schizophènes hospitalisés. *Evolution Psychiatrique,* 1957.

Siméon (J.). — L'évolution des Thérapeutiques de Réadaptation à l'Hôpital Psychiatrique de Lannemezan. Thèse Bordeaux 1962 (Ueberschlag).

Theallet (J.C.) — Le travail des Malades à l'Hôpital Psychiatrique de Lannemezan. Thèse Bordeaux 1962.

Ueberschlag (H.). — « Les Hôpitaux Psychiatriques se transforment. L'exemple de Lannemezan ». *Rev. de l'Econome* n° 198, Janv. 1952, p. 28 à 39.
« Peut-on prendre des sanctions à l'égard d'un Malade Mental hospitalisé. » *Inf. Psych.,* Juillet 1954, p. 262 à 265.
« Vers une psychiatrie hospitalière sociale. » *Revue d'hygiène et de Médecine Sociale.* Tome II, n° 4, 1954, p. 331 à 336.
« Réadaptation des malades des Hôpitaux Psychiatriques. *Inf. Psych.,* Mars 1954, p. 98 à 102.
« L'Hôpital Psychiatrique de Lannemezan. » *Techniques hospitalières médico-sociales et sanitaires.* n° 114, Mars 1955, p. 40 à 44.
« L'Hôpital Psychiatrique moderne ». *Techniques hospitalières médico-sociales et sanitaires,* Mai 1956, p. 51 à 61.
« La sociothérapie en Psychiatrie hospitalière. » *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale,* n° 1, 1958. p. 18 à 22.
« Le travail de l'hospitalisé psychiatrique. ». *Inf. Psychiatrique,* Mars 1958, p. 225 à 229.
« L'élève infirmier psychiatrique hospitalier. ». *Inf. Psychiatrique,* Octobre- 1961, p. 443 à 447.
« Le problème de la sanction en psychiatrie hospitalière. Communication à la Société Médico-Psychologique. *Inf. Psychiatrique,* Juin 1956, p. 311 à 322.

Vallet (R.). — Les conduites sanctionnistes en psychiatrie hospitalière. *Information Psychiatrique,* Juin 1956.

VERBIZIER (de) (J.). — Les conduites d'autorité de Malades mentaux sur un chantier à caractère expérimental. *Journées de Médecine du Travail du Bâtiment et des Travaux Publics.* Marseille, Mai 1960.

VERGER (H.). — Evolution des idées médicales sur la responsabilité du délinquant. Flammarion, Paris 1923 (250 pages).

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France. Genève, Lausanne, 1907. Edition Masson (476 pages), Tome II, pages 51 à 93.

EXTRAITS DE DOCUMENTS RELATIFS A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE LANNEMEZAN

Comptes rendus de la Commission de Surveillance des années 1938 à 1962.

Comptes rendus des ré unions de Chefs de Service des années 1958 à 1962.

Journaux Muraux des années 1950 à 1956.

Minerve des années 1950 à 1962.

Modification du règlement intérieur.

Notes de Service des années 1938 à 1962.

Procès-Verbaux des années 1945 à 1962.

Rapports Moraux Administratifs et Médicaux. années 1938 à 1962.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 17

Chapitre I. — DOCUMENTS 21
— Rapports moraux, administratifs et médicaux (RMA) 21
— Procès-verbaux du Conseil de Discipline . . 35
— Règlement intérieur et modifications 41
— Notes de service 45
— Comptes rendus des Réunions des Chefs de Service (RCS) 49
— Journaux Muraux (JM) 53
— Minerve (Mi) 62
— Témoignages de groupe (RG) et Témoignages individuels (RI) 75
— Interviews du Médecin Directeur et du Surveillant Général 99
— Articles publiés sur l'H.P.L. par les Docteurs UEBERSCHLAG et L. M. RAYMONDIS 109
— Thèses des Docteurs THEALLET, BRUN-BLEULER et SIMÉON, sur l'H.P.L. . . . . .

Chapitre II. — ANALYSE 127
A. — Les stades évolutifs de la Socialisation . . 127
— Période carcérale 1938-1945.
— Période de décarcéralisation 1945-1948.
— Période de socialisation 1948-1960.
— Le cadre social actuel de l'H.P.L.
B. — La désaliénation, résultat de la socialisation 141
— Du point de vue social, le malade mental n'est plus un aliéné.
— Intégration individuelle dans un cadre social.
— Intégration collective dans l'ordre social.
C. — Les facteurs de la désaliénation sociale du pensionnaire de l'H.P.L. 147

D. — Interaction des facteurs de désaliénation et de la personnalité du malade mental .. 156
— Rééducation constructive.
— Rééducation restrictive.

E. — Le noyau inaliénable de personnalité et la démythification de la folie 164

F. — Les perspectives qui s'ouvrent au malade mental 166
— Promotion sociale à l'hôpital psychiatrique.
— Renaissance d'une capacité à la responsabilité vis-à-vis de la Société.
— Opinion publique mieux éclairée.

CONCLUSIONS 175

BIBLIOGRAPHIE 179